

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N^o

277

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 juillet 1891, à 1 heure.

Par SADIK RAMADAN

Né au Caire le 29 décembre 1865.

DU PYOPNEUMOTHORAX SOUS-PHRÉNIQUE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

HANOT, agrégé.

CHANTÉMESSE, agrégé.

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

277

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 juillet 1891, à 1 heure.

Par SADIK RAMADAN

Né au Caire le 29 décembre 1865.

DU PYOPNEUMOTHORAX SOUS-PHRÉNIQUE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. BOUCHARD, professeur.

HANOT, agrégé.

CHANTEMESSE, agrégé.

PARIS

G. STEINHEIL, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEYS.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SECOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉTER.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.		WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DU PYOPNEUMOTHORAX SOUS-PHRÉNIQUE

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Debove, une malade atteinte d'abcès gazeux sous-phrénique. Grâce à un diagnostic précoce fait par notre maître et à une intervention opératoire énergique, la malade a guéri. C'était la première fois qu'une issue aussi heureuse de ce genre d'affection était observée. Le fait était doublement intéressant et par sa rareté et par son mode de terminaison. MM. Debove et Rémond qui le publièrent, le rapprochèrent des autres cas déjà signalés dans la science et notre maître pensa qu'il serait de quelque utilité de réunir toutes ces observations pour en faire l'objet d'une thèse. Nous avons accepté la tâche qu'il a bien voulu nous confier. Nous sommes très reconnaissant à M. le professeur Debove de ses leçons, de ses conseils, et du bienveillant intérêt qu'il nous a témoigné.

M. le professeur Straus nous a accueilli dans son laboratoire et nous y a donné de nombreux et utiles conseils.

Notre excellent ami, M. André Bergé, interne des hôpi-

taux, nous a fourni une aide précieuse dans la rédaction de notre travail. Nous l'en remercions bien vivement.

Nous devons à M. Rémond, agrégé à Toulouse, de nombreux renseignements et indications bibliographiques.

Au commencement de nos études, M. le D^r Despréaux s'est fait très complaisamment notre guide : nous aimons à nous en souvenir et à le lui rappeler. Enfin, nous avons trouvé en MM. les D^{rs} Giovannoni et Wagner, des amis très dévoués dont le concours nous a été notamment très utile pour les traductions allemandes et italiennes des mémoires qu'il nous a fallu consulter.

INTRODUCTION

Les suppurations de la partie supérieure du péritoine présentent quelquefois, grâce aux dispositions anatomiques de la région, des caractères qui rendent très difficiles leur diagnostic. C'est Leyden qui le premier dans un mémoire paru en 1879 a décrit d'une façon complète sous le nom de *pyopneumothorax subphrenicus* une variété d'abcès péritonéal contenant des gaz et du pus et pouvant, comme son nom l'indique, en imposer cliniquement pour une affection pleurale. Cette collection gazo-purulente située dans la cavité abdominale sous le diaphragme refoule celui-ci dans la cavité thoracique parfois jusqu'à la 3^e côte. Ce muscle ainsi refoulé en contractant des adhérences très intimes avec la paroi thoracique met la collection gazo-purulente en rapport avec cette même paroi ; et on constate alors à l'auscultation tous les signes d'un hydropneumothorax partiel inférieur : matité en bas, sonorité exagérée tympanique au-dessus, absence de vibrations vocales, respiration amphorique, etc.

Depuis le mémoire de Leyden, plusieurs observations ont été publiées tant en France qu'à l'étranger, mais il s'est établi une confusion qui nous semble regrettable entre la maladie qui fait le sujet de notre travail et ce que l'on appelle le pyothorax sous-phrénique, c'est-à-dire l'abcès simple non gazeux sous-diaphragmatique. Il ne nous semble

pas cependant que ces deux affections puissent être confondues pas plus comme étiologie que comme symptômes et comme évolution. Toutes deux peuvent simuler, il est vrai, une affection pleurale ; mais pas plus que la pleurésie purulente et le pyopneumothorax vrai elles ne doivent servir à constituer un même type clinique. C'est du moins ce que nous allons chercher à démontrer à propos de la malade que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre excellent maître M. Debove.

Nous aurons à comparer ce cas avec les observations déjà existantes ; nous indiquerons les différences profondes qui séparent l'abcès gazeux sous-diaphragmatique des abcès enkystés avec lesquels on a voulu le confondre. De cette étude ressortira aussi, nous l'espérons, la légitimité du type clinique décrit par Leyden.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'histoire de cette affection est de date récente ; elle comprend deux périodes. Pendant la première, l'autopsie montre que les collections gazo-purulentes qu'on supposait dans la plèvre, sont sous-diaphragmatiques. Pendant la seconde qui commence avec le mémoire de Leyden le pyopneumothorax est reconnu comme une maladie spéciale à symptômes précis et parfaitement susceptible d'être diagnostiquée. Cette circonstance offre un grand intérêt pratique puisqu'elle permet de recourir à une intervention chirurgicale précoce qui pourra soulager le malade et même lui sauver la vie ainsi que cela résulte de l'une de nos observations (Obs. I).

Le nom de pyopneumothorax sous-phrénique donné par Leyden à l'affection que nous décrivons ne laisse pas que d'être incorrect au point de vue étroit de la terminologie nosographique habituelle. Il semble en effet bien irrationnel de donner le nom de pyopneumothorax à une affection dont le siège est dans l'abdomen. Mais si l'on veut bien réfléchir que le principal intérêt des abcès gazeux abdominaux en question vient précisément de leurs rapports avec la cavité thoracique du côté de laquelle ils se développent le plus souvent et du rapprochement qu'on en peut en conséquence faire avec le pyopneumothorax vrai, on sera in-

dulgent envers une expression qui fait si bien ressortir le point de vue original et pratique de cette affection. L'erreur anatomique qu'elle semble consacrer est suffisamment corrigée d'ailleurs par l'épithète de sous-phrénique qui lui est adjoinl. Dans ce travail nous conservons donc la dénomination proposée par Leyden concurremment avec celle d'abcès gazeux sous-phrénique que quelques auteurs plus soucieux de la correction terminologique désirent lui voir substituer.

L'abcès gazeux sous-diaphragmatique est relativement rare, il n'en existe qu'un nombre très restreint d'observations ; le diagnostic n'a été fait souvent que sur la table d'autopsie, et dans la plupart des cas, la thérapeutique ne semble pas avoir été guidée par des indications bien précises.

La première observation publiée relative au pyopneumothorax sous-phrénique est de Barlow et non de Wintrich comme le prétendent les Allemands. Il s'agit (1) d'une femme qui souffrait depuis 8 mois de douleurs vagues à l'épigastre avec vomissements répétés. Elle fut prise subitement de douleurs à l'hypochondre gauche, de dyspnée intense et présentait en outre tous les signes du pneumothorax. Vingt jours après le début de la maladie, malgré les signes évidents de pneumothorax, Barlow soutint qu'il ne s'agissait pas d'épanchement pleural mais que les phénomènes pathologiques en présence desquels il se trouvait étaient d'origine sous-diaphragmatique et rappela un cas dans lequel il avait vu un estomac perforé communiquer avec un vaste abcès péritonéal. Barlow basait son diagnostic sur l'absence de causes pulmonaires ayant pu déter-

(1) BARLOW, *London Gazette*, mai 1845, p. 13.

miner un pneumothorax ; sur l'existence de signes de pleurésie au-dessus de la région où existaient les signes d'épanchement gazeux, de telle sorte qu'il était difficile d'admettre dans le thorax un septum pseudo-membraneux aussi parfait entre deux collections, une liquide supérieure, une gazeuse inférieure. Enfin Barlow se fondait encore sur ce fait que le maximum de sonorité à la percussion était situé au-dessous des fausses côtes. L'autopsie confirma son diagnostic ; il s'agissait en effet d'une collection gazo-purulente sous-diaphragmatique qui communiquait avec la cavité stomacale au moyen de deux orifices et avait refoulé le diaphragme jusqu'à la 4^e côte. Barlow est donc le premier observateur qui ait reconnu pendant la vie du malade l'affection qui nous occupe ; mais, ainsi que nous le verrons plus loin c'est à Leyden (1) que revient le mérite d'avoir le premier fait paraître un mémoire assez complet sur la question, d'avoir montré l'intérêt particulier de ce genre d'abcès gazeux et de les avoir décrits à titre de syndrome ou maladie spéciale.

En 1846, Williams (2) publia dans les *Archives générales de médecine* l'observation d'un machiniste qui, ayant habité les pays chauds, et souffrant depuis longtemps de la dysenterie fut atteint de douleurs et de tuméfaction de l'hypochondre droit. Une incision faite dans cette région donna issue à des gaz fétides et à un peu de pus. A l'autopsie on trouva une cavité péritonéale sous-diaphragmatique qui communiquait avec le côlon au moyen d'une perforation.

(1) LEYDEN. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1879, p. 320

(2) WILLIAMS. *London Méd. Gazette*, décembre 1845, 4^e série, t. X, p. 211.

Wintrich (1) en 1854 rapporte un cas observé par lui à la Clinique de Wurzburg et concernant une femme qui présentait les symptômes physiques et fonctionnels suivants : respiration amphorique, bruit d'airain à la percussion au niveau de la 3^e côte, succussion hippocratique, dyspnée et toux. On porta le diagnostic de pneumothorax. L'autopsie démontra l'existence d'une grande cavité située sous la moitié gauche du diaphragme et remplie de gaz, de pus et de débris alimentaires. Cette cavité communiquait avec celle de l'estomac.

En 1862, Bouchaud (2) observe un individu qui présente pendant la vie les signes d'un pneumothorax droit. A l'autopsie on trouve une cavité remplie de gaz et de pus située entre le foie et le diaphragme et due à une perforation duodénale.

Rigal (3) en 1874 et Levison (4) de Copenhague en 1876 citent chacun un cas de tumeur gazeuse sous-diaphragmatique n'ayant pas été diagnostiquée pendant la vie.

Un an plus tard, Pfuhl (5) dans la clinique de Leyden fit une ponction croyant avoir affaire à une pleurésie droite. Il revint de son erreur en observant qu'au moment de l'inspiration la pression augmentait dans la collection hydro-aérique alors qu'elle aurait dû précisément diminuer si elle avait été réellement intra-thoracique.

La même année (c'est-à-dire en 1877) Eisenlohr (6) ar-

(1) WINTRICH. In *Virchow's Handbuch der Path. und Therap. der resp. Organe*, 1854, p. 358.

(2) BOUCHAUD. *Bulletin de la Société anatomique*, 1862, p. 309.

(3) RIGAL. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1874.

(4) LEVISON. *Nordiskt Medicin Archiv.*, 1876.

(5) PFUHL. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1877, p. 57.

(6) EISENLOHR. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1877, p. 539.

riva à diagnostiquer non seulement l'existence d'une collection hydro-aérique développée entre le foie et le diaphragme, mais aussi sa communication avec la plèvre droite.

En 1878, Sanger (1) et Bernheim (2) publient chacun un cas dans lequel le diagnostic ne fut fait que sur la table d'autopsie.

C'est en 1879 que parut le mémoire de Leyden. Il renferme l'observation personnelle de trois cas dans lesquels l'auteur avait fait le diagnostic pendant la vie. Malgré cela, l'intervention thérapeutique avait été beaucoup trop timide pour pouvoir donner un résultat. Dans ce mémoire, les symptômes des abcès gazeux sous-phréniques sont nettement étudiés et mis en relief.

Depuis le travail de Leyden plusieurs cas analogues ont été publiés tant en France qu'à l'étranger. M. le professeur Jaccoud (3) a consacré une de ses cliniques aux abcès gazeux sous-phréniques.

Plus récemment encore l'observation qui nous a donné l'idée de ce travail a été publiée en résumé dans la *Gazette des Hôpitaux* (octobre 1890) par M. le Professeur Debove et le Docteur Rémond (de Metz).

(1) SANGER. *Arch. f. Heilkunde*, 1878, p. 246.

(2) BERNHEIM. *Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1878, p. 363.

(3) JACCOUD. *Cl. Pitié*, 1885, p. 219-237.

CHAPITRE II

Etiologie et pathogénie.

Le pyopneumothorax sous-phrénique est presque toujours dû à la perforation d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum.

Douze fois sur 21 cas il s'agissait de la perforation d'un ulcère simple de l'estomac, quatre fois d'un ulcère duodénal. Dans un cas c'est un cancer profondément ulcéré de l'estomac qui avait déterminé la production de l'abcès (obs. XVI). Une autre fois la perforation portait sur le côlon transverse. Un des cas (le 2^e) d'Eisenlohr était dû à une perforation de l'appendice vermiculaire. Une fois enfin la cause est restée inconnue.

Dans tous les cas où la cause est connue, il y a eu communication directe entre la cavité intestinale et celle de l'abcès. Cette étiologie seule établit déjà une différence importante entre le pyopneumothorax et l'abcès non gazeux ou pyothorax sous-phréniques.

Dans cette dernière maladie en effet l'étiologie est extrêmement variée. Sur 18 cas que nous relevons dans la statistique de Scheurlen (1) quatre seulement reconnaissent comme cause une perforation de la partie supérieure du tube digestif. Cinq sont consécutifs à des typhlites (appendicites) ulcéreuses. Trois ont succédé à des abcès hépati-

(1) SCHEURLÉN. *Charité Annalen*, 1889, p. 159.

ques et deux à des abcès spléniques. Trois sont d'origine traumatique et quatre sont dus à l'ingestion d'un corps étranger pointu.

Le sexe ne semble pas jouer un rôle important dans l'étiologie de l'abcès gazeux ; nous trouvons en effet dans les 21 observations que nous publions 11 hommes et 10 femmes.

L'abcès gazeux sous-phrénique s'observe généralement chez les adultes ; ce qui se comprend facilement quand on pense que sa principale cause est l'ulcère simple de l'estomac qui atteint son maximum de fréquence à cette période de la vie.

Le siège de cette affection est fréquemment à droite, probablement à cause de la fréquence de l'ulcère rond au niveau de la région du pylore. Il est plus souvent à droite chez l'homme et à gauche chez la femme.

La pathogénie de ces abcès a été étudiée par Leyden, Sænger et Neusser.

Les perforations qui surviennent dans l'estomac à la suite du processus destructif de l'ulcère rond sont souvent rapidement mortelles, soit en raison de l'hémorragie, soit par la péritonite généralisée que développe l'issue du contenu stomacal. Mais quand des adhérences préalables existent entre l'estomac ulcéré et les organes voisins correspondants, la perforation stomacale peut se faire sans donner aucun symptôme et l'estomac ainsi perforé dans le sens anatomique du mot, se comporte, sauf les symptômes secondaires, comme s'il ne l'était pas. Ces adhérences fermées de tous côtés forment une cavité locale et sous-phrénique. Dans cette cavité, les gaz gastro-intestinaux font irruption, entraînés avec le contenu stomacal.

Il est en effet peu admissible que leur développement ordinaire résulte de la fermentation ultérieure des produits putrides de l'abcès. Habituellement l'action des gaz putrides issus du tube digestif et surtout le développement des microbes qui ont été entraînés avec l'épanchement extra-intestinal développe une inflammation avec exsudation et formation de pus. Ainsi se forme une collection gazo-purulente qui par son accroissement progressif refoule le diaphragme en haut vers la cavité thoracique en même temps qu'elle abaisse le foie et l'estomac. Par suite des adhérences survenues entre les anses intestinales et le péritoine, la cavité se limite et demeure complètement séparée du reste de la cavité péritonéale.

Il est habituel de constater quelque temps après le développement de l'abcès gazeux une parésie plus ou moins accentuée du diaphragme. D'après Scheurlen cette parésie serait due à l'action des produits putrides s'exerçant directement sur les nerfs et sur le muscle. Scheurlen croit que le début de cette parésie est habituellement subite. Et il imagine qu'il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu par rapport à la musculature intestinale dans la péritonite ; c'est-à-dire une paralysie due à l'action directe de la matière épanchée. Il ne nous semble pas qu'il y ait lieu d'admettre exclusivement cette hypothèse. Il est vraisemblable, selon nous, que la parésie diaphragmatique relève au début de deux causes principales : 1° l'inhibition due à la douleur que provoquent les contractions du muscle (1) ; 2° la gêne que la distension gazeuse et liquide

(1) Cette sorte d'inhibition est très connue dans les affections douloureuses de la poitrine (pleurésie, etc.). On sait qu'elle limite singulièrement l'amplitude des mouvements respiratoires.

oppose à cette contraction. Ces deux causes expliqueraient surtout la parésie survenue au début de l'affection ; car il est certain que plus tard l'altération du muscle et des nerfs en contact avec l'épanchement joue le rôle principal.

Leyden attribue dans la pathogénie du pyopneumo-thorax sous-phrénique un grand rôle au météorisme intestinal ; et voici résumée sa théorie :

L'issue d'une certaine quantité de matières résultant d'une perforation stomacale par exemple, développe immédiatement une péritonite dont un des symptômes les plus précoces est, on le sait, un météorisme souvent très intense. Ce météorisme en comprimant les unes contre les autres les anses intestinales apporte d'abord un obstacle à l'issue des matières et des gaz par la perforation, puis contribue à limiter la cavité de l'épanchement et favorise le développement d'adhérences par péritonite circonscrite. L'air échappé gagne les parties supérieures de l'abdomen au-dessus du foie et de la rate, et s'accumule dans la concavité du diaphragme où il trouve d'abord place et où il est attiré par une sorte d'aspiration due à l'action de l'élasticité pulmonaire pendant l'expiration. Le diaphragme est ainsi refoulé de plus en plus en haut. La suppuration résulte de la présence des gaz putrides et de la septicité des matières épanchées. C'est ainsi que finalement se constitue un foyer à la fois purulent et gazeux qui s'agrandit de plus en plus et ne se limite qu'en raison de l'adhérence des anses intestinales et du météorisme.

Quoi qu'il en soit, les gaz qu'on rencontre dans la cavité putride sous-diaphragmatique proviennent dans la plupart

des cas du tube digestif ; si la perforation se cicatrise, ils persistent dans la poche pendant un certain temps et peuvent même augmenter jusqu'à la mort. On est alors en droit de se demander si un autre mécanisme n'a pas présidé à leur développement et si, par exemple, ils ne pourraient pas être d'origine microbienne. Ces gaz présentent toujours la fétidité particulière aux collections voisines de l'intestin et cette fétidité souvent épouvantable, nous le verrons tout à l'heure, offre ainsi un certain intérêt diagnostique.

Leyden, Pfuhl et Neusser croient que ces gaz peuvent provenir du poumon dans les cas où l'autopsie n'a pas révélé l'existence d'une perforation gastro-intestinale. Dans certaines observations on trouve, en effet, des fistules à travers le diaphragme faisant communiquer la cavité sous-diaphragmatique avec le poumon voisin. Mais, comme nous le verrons plus tard, ces fistules diaphragmatiques sont des lésions de la période ultime de la maladie auxquelles on ne peut par conséquent attribuer qu'un rôle secondaire dans sa production. Ce sont en quelque sorte des complications qui montrent jusqu'où peuvent aller les lésions anatomo-pathologiques lorsque l'affection non traitée en temps opportun continue à évoluer.

Nous venons de voir quelles étaient les principales théories pathogéniques du pyopneumothorax sous-phrénique. Voyons maintenant comment on peut expliquer les phénomènes physiques les plus importants par lesquels se révèlent à peu près constamment l'abcès gazeux sous-diaphragmatique. Ce sont les signes du pneumothorax, à savoir la

succussion hippocratique, le souffle amphorique, le tintement métallique et le bruit d'airain.

La succussion hippocratique est un bruit hydro-aérique résultant du conflit d'un liquide et d'un gaz dans une cavité, conflit que l'on fait naître, dans le cas de pyopneumothorax, en secouant le malade, mais qu'on peut ici provoquer en déprimant un peu brusquement avec la main la paroi abdominale dans la région de l'abcès. Toutes les conditions nécessaires à la production de ce phénomène, on le voit aisément, sont réalisées dans le pyopneumothorax sous-phrénique.

Le souffle amphorique se produit, on le sait, toutes les fois qu'une cavité pleine de gaz existe dans le thorax. Il est probable que cette respiration amphorique est due aux vibrations de l'air produites dans les bronches de la portion pulmonaire voisine et que la cavité aérienne ne contribue qu'à donner son caractère, son timbre spécial à cette respiration. La cavité aérienne n'agirait là que comme un appareil spécial de résonnance transmettant en les modifiant les bruits pulmonaires. Or, si c'est là réellement la véritable explication de la respiration amphorique dans les cas de pneumothorax, il est aisé de comprendre qu'elle s'applique également aux cas des abcès gazeux que nous étudions. En effet, il s'agit là de cavités aériennes très voisines du poumon et susceptibles par conséquent de consonner comme nous l'indiquons. Qu'un râle muqueux ou sous-crépitant vienne à éclater dans les bronches de la région pulmonaire voisine, ce bruit pourra prendre le caractère du tintement métallique. La présence d'une fistule ou d'une perforation ne serait, on le voit, nullement nécessaire à la

production des phénomènes précédents. En effet, dans l'observation de Bouchaud (obs. V), on a constaté tous les signes du pneumothorax, alors qu'il s'agissait d'une cavité parfaitement close.

Cette théorie n'est pas universellement admise. Tchudnowsky (cité par Leyden) admet que les phénomènes amphoriques sont liés à l'existence d'une communication entre l'abcès gazeux et l'intestin. L'observation de Bouchaud est contraire à cette interprétation.

Leyden, dans certains cas où le souffle amphorique ne s'entendait qu'à l'expiration, admet que ce souffle est dû à l'action des gaz qui, par suite de l'élévation du diaphragme, seraient en quelque sorte aspirés dans la cavité de l'abcès. Ils sortiraient du côlon pour pénétrer dans cette cavité en produisant le souffle tandis que pendant l'inspiration les gaz chassés de la cavité purulente dans le côlon ne produiraient aucun bruit. Nous ne citons ces explications que pour mémoire.

Quant au bruit d'airain, il existe dans les cas de pyo-pneumothorax sous-phréniques comme dans le pneumothorax. Il est évidemment, dans les deux cas, sous la dépendance des mêmes conditions physiques.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

SIÈGE. — LIMITES. — FORMES. — DIMENSION.

L'abcès gazeux sous-diaphragmatique est, comme son nom l'indique, situé sous le diaphragme. Tantôt localisé à l'hypochondre droit (c'est la majorité des cas), tantôt situé à gauche, il peut s'étendre transversalement d'un côté à l'autre (Obs. Bernheim). Grâce à la péritonite circonscrite qui a pu précéder la formation de cette collection, il s'établit des adhérences solides entre les différents organes contenus dans la partie supérieure de l'abdomen. De ces adhérences résulte une cavité plus ou moins vaste qui peut affecter plusieurs formes. Irrégulière dans la plupart des cas, elle peut être allongée dans le sens transversal (Bernheim), ou dans le sens vertical (Eisenlohr), grâce à l'abaissement du foie. La cavité est ordinairement unique. Cependant on l'a trouvée dans le cas de Gläser (Obs. IV) formée de deux loges séparées par le ligament suspenseur du foie de telle façon qu'il y avait à droite une collection purulente, et à gauche une collection gazeuse.

L'abcès gazeux a généralement le volume d'une tête d'enfant. Il est limité en haut par la face inférieure du diaphragme qui est plus ou moins refoulé dans le thorax ; en bas et à droite par la face convexe du foie dans toute son

étendue, et par les adhérences qui unissent ce viscère aux organes voisins et à la paroi abdominale; en bas et à gauche par la face antérieure de l'estomac et la rate. A droite le ligament suspenseur du foie forme sa limite habituelle. A gauche cette limite est formée par la rate que des adhérences intimes unissent à la fois au lobe gauche du foie d'un côté, et à la face inférieure du diaphragme de l'autre. A gauche l'abcès se développe ordinairement moins qu'à droite; l'abaissement des viscères y est moins prononcé. En avant la collection gazeuse purulente est limitée par la paroi costo-sternale doublée du diaphragme qui est maintenu appliqué contre elle par des adhérences solides. Enfin la paroi postérieure est constituée par le diaphragme et le ligament coronaire du foie. Dans le cas de Pfuhl (Obs. VIII) la collection siégeait à droite et était bornée à gauche par le ligament suspenseur du foie. Dans plusieurs observations la collection s'étendait d'un côté à l'autre.

État des parois.

Les viscères qui limitent l'abcès gazeux sont toujours tapissés de fausses membranes fibrino-purulentes plus ou moins épaisses, molles, de couleur grisâtre ou jaune verdâtre. Récentes, ces fausses membranes se laissent facilement déchirer; plus anciennes, elles s'organisent et deviennent plus résistantes. Elles se montrent alors formées de couches stratifiées de fibrine englobant de nombreuses cellules embryonnaires et parcourues par des vaisseaux de nouvelle formation. Ces fausses membranes sont plus par-

ticulièrement abondantes et épaisses à la face inférieure du diaphragme. Elles sont hérissées de nombreuses villosités et de lambeaux flottants irréguliers qui sont appendus à la face interne de la cavité et sont susceptibles de se détacher. Ils forment alors des détrit^{us} membraneux qui se mélangent au contenu purulent de la poche, s'altèrent peu à peu, se décomposent et donnent naissance à un magma d'aspect gangréneux. La même chose se passe pour les viscères adhérents qui constituent l'autre paroi de la cavité. Ils sont tapissés d'un exsudat inflammatoire pseudo-membraneux.

Contenu.

Le contenu de l'abcès est tantôt constitué simplement par du pus et des gaz à odeur putride, tantôt par un mélange de pus et de débris alimentaires. La suppuration est due sans aucun doute à la septicité des matières épanchées. Mais nous n'avons pas de données bien précises sur la flore microbienne de cet épanchement purulent. Pfuhl fit, dans son cas, l'examen du contenu liquide retiré à l'aide de l'aspirateur Potain. Il lui trouva les caractères suivants : Liquide en partie épais, de consistance crèmeuse, de couleur jaune pâle, d'odeur putride. Examiné au microscope, le liquide (dans sa portion dense), renfermait des globules de pus en voie de désintégration, des gouttelettes graisseuses, de nombreux cristaux d'acides gras (acide margarique), de nombreuses bactéries de la putréfaction très mobiles (microcoques, surtout bâtonnets et quelques chaînettes) ;

enfin des cristaux rhomboïdaux facilement reconnaissables pour des cristaux d'hématoïdine.

Chez la malade que nous avons personnellement observée, l'examen bactériologique du pus a montré la présence du streptocoque et du bacille pyocyanique. On a reconnu nettement l'existence de la pyocyanine dans les cultures. On sait que Gessard (1) et Charrin ont démontré la présence du bacille pyocyanique dans la bouche et dans l'intestin des sujets sains. La présence de ce micro-organisme dans le pus de l'abcès peut donc être considéré comme l'indice d'une communication existant encore ou ayant existé à un moment donné entre la cavité intestinale et la collection purulente.

En général le liquide est toujours très fétide, souvent de couleur gris-verdâtre quelquefois noirâtre et d'aspect tout à fait putride.

Lésions de l'estomac et du duodénum.

Les lésions de l'estomac et du duodénum ont une importance toute spéciale puisque ce sont elles qui jouent le principal rôle dans la pathogénie du pyopneumothorax sous-phrénique. Ce sont, en effet, des lésions ulcéreuses qui aboutissent plus ou moins rapidement à une perforation, laquelle détermine l'abcès gazeux.

Dans le duodénum, c'est la région pylorique qui est ordinairement atteinte. Les ulcérations qu'on y rencontre présentent les caractères suivants : rondes ou ovalaires, à

(1) GESSARD, Thèse de Paris, 1882.

bords saillants et taillés à pic, elles aboutissent à une perforation dont le diamètre varie d'une tête d'épingle au diamètre d'une lentille. Ces caractères permettent d'affirmer que l'on a affaire à des ulcères simples du duodénum.

Pareille lésion a été rencontrée sur le côlon ascendant et le côlon transverse ; mais c'est là un fait exceptionnel.

Dans l'estomac les ulcérations siègent surtout au niveau de la petite courbure, au voisinage du pylore. Il s'agit là évidemment encore d'ulcères simples siégeant à leur lieu d'élection. A l'autopsie on trouve le plus habituellement la perforation manifeste ; mais dans quelques cas la perforation était guérie ; son siège n'était plus indiqué que par une cicatrice circulaire ou étoilée d'aspect lisse et déprimée. Il arrive souvent que la cavité du pyopneumothorax sous-phrénique est reliée à la perforation stomacale par un trajet fistuleux dû aux fausses membranes et aux adhérences qu'elles établissent. Outre ces lésions principales de l'estomac et du duodénum il y en a d'accessoires telles qu'adhérences anormales, épaissement de la muqueuse, décoloration, etc.

Lésions concomitantes.

Nous avons vu que les organes contenus dans la partie supérieure du péritoine sont reliés entre eux et à la paroi abdominale par des adhérences plus ou moins solides. Il y a de la périhépatite, et de la périsplénite sans altérations bien considérables du parenchyme de ces organes. Outre la collection principale on rencontre quelquefois d'autres

foyers secondaires situés à des niveaux différents, limités par les organes voisins et les fausses membranes qui les réunissent. Ces foyers communiquent ordinairement avec la cavité principale par des trajets fistuleux plus ou moins longs et larges. Dans une des observations de Leyden (Obs. XV) une collection purulente était située en avant et au-dessous du côlon transverse, et communiquait avec la cavité sous-diaphragmatique au moyen d'un trajet fistuleux du diamètre du petit doigt. Dans une autre observation du même auteur (Obs. XIV) l'autopsie révéla la présence de deux petites collections secondaires, situées l'une dans les plis du mésentère entre le duodénum et le côlon transverse, l'autre au niveau du lobe droit du foie près de la vésicule biliaire. Ces collections étaient sans relation avec le foyer principal. Dans un cas d'Eisenlohr (Obs. IX) on trouva entre la face inférieure du foie et le côlon transverse qui y adhérait en plusieurs points, une petite collection purulente qui ne semblait pas non plus communiquer avec la grande cavité. Un certain nombre d'organes peuvent être altérés par le seul fait de leur voisinage de l'abcès ; c'est ainsi que le péritoine peut être envahi secondairement et présenter alors tous les signes d'une péritonite généralisée. On le trouve rouge, injecté, dépoli, recouvert çà et là de dépôt pseudo-membraneux. Il renferme du liquide séro-purulent. Les anses intestinales sont hyperhémisées, reliées entre elles par des adhérences, recouvertes d'exsudats purulents, gris-verdâtres. Leur paroi est épaissie. Il n'est pas rare, dans les cas d'abcès gazeux, de trouver des lésions accessoires de l'intestin consistant en ulcérations superficielles plus ou moins larges (Obs. III).

Le foie est pâle, recouvert d'enduits putrilagineux sans lésions de son parenchyme. Dans les cas avancés cependant, on constate un certain degré de dégénérescence graisseuse (Obs. XVIII). Quelquefois on a trouvé à sa face convexe des pertes de substances à fond purulent et gagnant en profondeur (Obs. XVII). La capsule de Glisson ainsi que le ligament suspenseur du foie sont souvent épaissis, blanchâtres ; de plus il y a, nous l'avons déjà indiqué, des adhérences multiples avec les fausses côtes et la paroi abdominale. Grâce à ces adhérences, le viscère ne subit pas d'abaissement notable. Quelquefois cependant on l'a vu subir un mouvement de rotation sur son axe horizontal à la suite duquel sa face antéro-supérieure s'étant éloignée de la paroi abdominale était devenue directement dirigée en haut (Obs. XVII).

La rate est augmentée de volume, adhérente par sa convexité au diaphragme, atteinte de péricapnité.

Le diaphragme remonte très haut dans la cavité thoracique ; il refoule devant lui le poumon et le cœur, et le sommet de sa convexité peut atteindre la quatrième et parfois la troisième côte. Il adhère alors à la paroi thoracique par des adhérences pleurales extrêmement solides. Rappelons que dans un cas de Pfuhl où l'on croyait avoir affaire à un épanchement pleurétique, une ponction ayant été pratiquée, le trocart traversa le diaphragme ainsi fixé et pénétra dans la cavité péritonéale. Dans un autre cas où il s'agissait simplement d'un abcès sous-phrénique non gazeux, l'on commit la même erreur ; l'opération de l'empyème fut pratiquée et l'on ouvrit ainsi la cavité péritonéale après avoir traversé le diaphragme.

Dans presque tous les cas de pyopneumothorax le diaphragme est le siège de lésions profondes. Sans parler de la lymphangite qui propage l'inflammation du péritoine à la plèvre, on constate dans nombre de cas que la fibre musculaire est gangrénée et détruite au point d'établir une communication entre le foyer gazo-purulent et le poumon. Cette perforation diaphragmatique dont le diamètre peut varier de un à quatre centim. se produit au point culminant, le plus tendu de ce muscle. Par cet orifice se fait, à l'aide d'un trajet fistuleux, que circonscrivent les fausses membranes pleurales et le parenchyme pulmonaire gangréné, une communication entre l'abcès et les bronches, de telle sorte que le pus est évacué par vomique.

D'autres fois le diaphragme ne présente qu'une ulcération superficielle n'intéressant qu'une partie de son épaisseur ; ou bien il offre de petits abcès sans aucune perforation. Qu'il y ait perforation ou non, dans tous les cas il adhère au poumon. Il se développe comme lésion de voisinage, probablement due aux nombreuses communications lymphatiques du diaphragme, soit une pleurésie sèche, soit une pleurésie exsudative. L'épanchement pleural peut être séreux, séro-sanguinolent ou purulent. Il varie de quelques grammes à un litre. Cette pleurésie peut se localiser à un côté mais elle s'étend fréquemment aux deux sans présenter pour cela forcément les mêmes caractères à droite et à gauche. Elle peut en effet être séro-adhésive d'un côté et purulente de l'autre. Le liquide pleural peut être mélangé des gaz qui proviennent alors soit des bronches soit de la cavité abdominale. Eisenlohr

a pensé que l'épanchement purulent de la plèvre provient tout simplement de l'abcès, dont le contenu aurait fusé dans la cavité pleurale. Ledeyn croit au contraire que les deux épanchements purulents sous-diaphragmatique et pleural ne sont jamais de même nature même lorsqu'il existe une perforation du diaphragme. Il base son opinion sur la non fétidité du pus pleural alors que celui de l'abcès sous-phrénique exhale ordinairement, nous le savons, une odeur fécaloïde. L'épanchement purulent serait dû, à une pleurite secondaire développée par contiguité.

Les lésions du poumon sont aussi fréquentes que celles de la plèvre. Les poumons adhèrent avons-nous dit par leur base à la surface convexe du diaphragme. A ce niveau, ils sont creusés de foyers gangréneux dont les dimensions varient de celles d'un pois à celles d'un œuf de poule. Dans le cas de Bernheim (Obs. XI), la base du poumon correspondant à l'abcès était transformée en une vaste cavité gangréneuse à contenu formé de détritits ramollis gris-noirâtres, d'odeur fétide. Ils offrent encore des îlots de pneumonie lobulaire. Le poumon le plus voisin de l'abcès est ratatiné, refoulé en haut et en arrière contre la colonne vertébrale et paraît fortement comprimé. Les lobes supérieurs des poumons n'offrent pas de lésions et ne sont pas comprimées. Signalons enfin la congestion et la sclérose à titre de lésions accessoires fréquentes du poumon.

Le péricarde est assez souvent touché. On le trouve adhérent à la plèvre. Quant à la péricardite qu'on a plusieurs fois notée, elle a le plus souvent les caractères de péricardite sèche. Les faces pariétale et viscérale de la séreuse sont recouvertes de dépôts fibrineux à surface inégale. Il

peut y avoir symphyse cardiaque partielle. La péricardite exsudative est plus rare ; le liquide peut en être séreux ou purulent. On explique ces péricardites de la même façon que les pleurésies, c'est-à-dire par infection de voisinage.

Le cœur subit quelquefois de très notables déplacements en haut et à gauche lorsque l'abcès gazeux siège à droite, ce qui est le cas le plus fréquent ; en haut et à droite lorsque l'abcès siège à gauche. La constatation de ces déplacements cardiaques a, nous le verrons, une grande importance pour le diagnostic. Le myocarde peut être anémié, d'aspect jaunâtre ; il peut y avoir hypertrophie. On n'a pas signalé de lésions de l'endocarde ni de valvules.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Le début du développement du pyopneumothorax sous-phrénique se traduit toujours par un certain nombre de phénomènes qu'on pourrait qualifier de prodromiques.

Ces phénomènes ne sont pas en réalité, pour la plupart, propres au pyopneumothorax sous-phrénique, mais bien plutôt dus à la lésion stomacale, duodénale, ou intestinale qui prépare la maladie. Ce sont surtout des symptômes d'ulcères de l'estomac et du duodénum, dont l'affection qui nous occupe, n'est dans la grande majorité des cas qu'une complication.

En effet ce sont des hématomés et des vomissements alimentaires ou des nausées après le repas, des douleurs siégeant à la région épigastrique ou dans les hypochondres, parfois de la fièvre. La plupart de ces symptômes ne sont là en effet, les symptômes précurseurs ordinaires de l'abcès gazeux, que parce que ce sont les symptômes de l'ulcère simple qui donnent naissance à cet abcès. Il est vrai que quelques symptômes, fièvre, etc. doivent être rapportés probablement au début du développement de celui-ci.

Après une période plus ou moins longue pendant laquelle les symptômes précédents existent seuls, tout à coup, survient soit à la suite d'une simple indigestion, soit sans cause appréciable des douleurs abdominales souvent

atroces, qui revêtent dans quelques cas les caractères de coliques, et s'accompagnent de diarrhée. Parfois même on note à ce moment la présence de pus dans les garde-robes (Leyden, Jaccoud). C'est l'indice de l'ouverture, par une perforation du tube digestif, d'une collection purulente, périduodénale ou péristomacale déjà formée.

Les organes respiratoires, pendant cette première période sont remarquablement indemnes. Ce n'est que plus tard qu'ils peuvent présenter des phénomènes pathologiques. Rien n'attire donc particulièrement l'attention de leur côté, si ce n'est un peu de toux, d'ailleurs assez peu fréquente ordinairement pour que le malade ne songe pas à s'en plaindre spontanément. Il importe de signaler l'importance de cette absence de toux et d'une manière générale de signes pulmonaires au début d'une affection, qui précisément tire son principal intérêt de ce qu'elle simule le pyo ou l'hydropneumothorax. Celui-ci, en effet, et à part les cas exceptionnels (traumatismes, abcès costal, etc.) faciles à comprendre, est toujours précédé d'une affection pulmonaire aiguë ou chronique (tuberculose, pleurésie purulente, abcès du poumon, gangrène pulmonaire, etc.) dont il n'est qu'une complication, et qui se révèle par des symptômes très explicites. Ceci d'ailleurs peut s'exprimer en disant que le pyopneumothorax vrai est lié à une affection respiratoire qui le prépare et le précède, dont il n'est que la complication ; tandis que le pyopneumothorax sous-phrénique est lié à une affection du tube gastro-intestinal qui se révèle également avant de lui donner naissance par ses signes particuliers. Donc tandis que la première affection est précédée d'une phase fort nette de symptômes pul-

monaires, la seconde est précédée d'une phase de symptômes d'ordre gastro-intestinal.

A ce moment pourtant, on note chez l'homme surtout, des modifications dans le type respiratoire qui devient costal supérieur au lieu de diaphragmatique comme il est habituellement. Cela tient à ce que le diaphragme est immobilisé par la présence de la collection gazo-purulente située entre lui et le foie.

A la période d'état le malade présente les symptômes suivants :

A l'inspection, la paroi abdominale surtout au niveau de l'épigastre, est tendue ; la peau est lisse, luisante ; le ventre est ballonné, très douloureux à la pression. On peut y noter, comme dans notre cas, la présence de veines dilatées, bleuâtres, visibles par transparence et indiquant l'établissement d'une circulation collatérale. A cette déformation de l'abdomen, s'ajoute une voussure au niveau de l'hypochondre qui est le siège de l'abcès. Cette voussure soulève en bloc la base du thorax ; les espaces intercostaux inférieurs sont élargis et font saillie entre les côtes écartées. Ces dernières, d'après Guéneau de Mussy, subissent même certaines modifications dans leur obliquité. Le côté du thorax, en rapport avec la collection est amplifié, dilaté dans ses deux tiers inférieurs, ce qui peut être constaté, soit par la simple inspection soit par la mensuration. Ce côté est gêné dans son fonctionnement, très peu mobile, parfois tout à fait immobilisé, contrairement au côté opposé. Les mouvements respiratoires sont superficiels et se font à la partie supérieure du thorax.

La palpation est quelquefois difficile en raison des dou-

leurs qu'elle provoque ; mais quand elle est faite d'une façon méthodique, elle peut fournir des renseignements précieux. Le foie est sensible à la palpation et son bord inférieur dépasse plus ou moins les fausses côtes, généralement de trois travers de doigts ; parfois il descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Il peut exister comme chez notre malade, au-dessus de l'ombilic, un bourrelet dur, résistant, dû à des fausses membranes. Enfin si le ventre est trop ballonné pour que l'on puisse palper les organes de la partie supérieure de l'abdomen, ce sera déjà un renseignement intéressant que de trouver une paroi souple dans les parties inférieures, dure et tendue au-dessus de l'ombilic.

La palpation du thorax peut, elle aussi, fournir des indications. Selon que la collection sera sus-hépatique ou sus-splénique, les vibrations thoraciques auront disparu à droite ou à gauche dans une hauteur variable de la région inférieure du thorax, tandis qu'elles auront conservé dans les parties supérieures leurs caractères normaux.

La percussion fournira des renseignements très différents suivant que le diaphragme aura été fortement refoulé en haut, ou que comme dans le cas de MM. Debove et Rémond, la collection se sera surtout développée du côté de l'épigastre. De toutes façons la percussion révélera une zone tympanique limitée inférieurement par de la matité. Le tympanisme correspondra à la zone occupée par la collection gazeuse, et la matité indiquera la présence de l'épanchement liquide. Seulement cette matité se confondra naturellement en bas avec celle du foie plus ou moins déplacé. Si le diaphragme est refoulé très haut dans le thorax, on trouvera, par la percussion, de la sonorité tympanique

très nette et remarquable, placée entre la matité inférieure pseudo-hépatique et hépatique et une zone résonnante supérieure dont le ton pourra se rapprocher sous la clavicule du skodisme. La matité révélée par la percussion et qui traduit la présence de l'épanchement liquide, augmente parfois dans la station assise ; elle change de forme et d'étendue d'une façon rapide et manifeste suivant les diverses situations données au malade. Ce symptôme est très appréciable. Il ne se constate bien entendu qu'à la partie inférieure du thorax. Le tympanisme présente dans le pyopneumothorax sous-phrénique des caractères particuliers dont le plus important a été signalé par Leyden. C'est que lorsqu'on fait faire au malade une inspiration profonde la limite supérieure de la zone tympanique s'abaisse. Enfin lorsque comme dans le cas de Glæser, le diaphragme ayant été refoulé en haut en totalité on trouve une zone sonore tympanique remontant à droite et à gauche, à un niveau (variable avec les inspirations) mais très anormal, cette simple constatation peut aider puissamment au diagnostic. En effet la matité hépatique normale dans le flanc droit n'existe plus. Elle est remplacée par une sonorité pleine et profonde. Comme le foie est fortement abaissé dans l'abdomen, la matité hépatique ne se révèle à la percussion qu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic.

Quels sont maintenant les résultats fournis par l'*auscultation*. Ou bien, comme dans notre cas, les bruits thoraciques semblent normaux ou bien et, c'est dans ces circonstances que l'abcès gazeux mérite bien le nom de pyopneumothorax sous-phrénique ; le diaphragme s'étant laissé forcer, on trouve tous les signes d'un hydropneumo-

thorax ordinaire. On constate le *bruit d'airain*, le *tintement métallique* (contrairement à l'opinion de M. Jaccoud), du *souffle amphorique* intense et dans quelques cas le *bruit de flot* par la succussion. Tous ces phénomènes étant quelquefois d'une très grande netteté peuvent induire en erreur; mais, fait remarquable, si l'on recherche ce qui se passe au sommet du poumon, on est tout étonné de trouver, avec une base aussi fortement atteinte, une respiration sous-claviculaire presque normale. Nous disons « presque » car, lorsque le refoulement du diaphragme est poussé à l'extrême, le tissu pulmonaire se tasse, se condense proportionnellement à la compression qu'il subit de bas en haut, et le bruit vésiculaire normal se traduit alors à l'auscultation par un souffle doux sous-claviculaire. Dans tous les cas cependant, les phénomènes stéthoscopiques, murmure vésiculaire normal ou souffle sous-claviculaire cessent brusquement au moment où l'on arrive au niveau supérieur de la région gazeuse sonore et à leur place on entendra un souffle amphorique ainsi que du bruit métallique. Ce niveau lui-même variant avec la profondeur des inspirations, ce ne sera pas une des moindres particularités de cette auscultation que de trouver une limite aussi nettement indiquée par les signes perçus et aussi variable sous l'influence des mouvements respiratoires. En arrière il y a de la respiration bronchique, des râles crépitants qui siègent surtout à la base où les phénomènes d'induration pulmonaires sont le plus marqués. Enfin on peut percevoir encore des frottements pleuraux ou des signes d'épanchement pleurétique. La pleurésie exsudative, séreuse ou purulente, la pleurite sèche surtout, accompagnent en

effet fréquemment les suppurations sous-diaphragmatiques. Dans certains cas on ne sera précisément frappé de ce fait très anormal : Existence de frottements pleuraux perceptibles immédiatement au-dessus d'une région offrant de la sonorité tympanique. Toutes ces affections pulmonaires consécutives au pyopneumothorax se traduisent par leurs signes fonctionnels ordinaires ; toux — points de côté — dyspnée etc.

L'examen du cœur pourra fournir quelques renseignements utiles au diagnostic. Ce viscère sera trouvé assez fréquemment déplacé à gauche. Les bruits cardiaques peuvent avoir un retentissement métallique.

Quels sont les signes fonctionnels et les symptômes généraux ? Nous avons parlé plus haut du mode de début. Les malades souffrent plus ou moins longtemps dans le ventre et c'est par une vive douleur abdominale subite que leur affection commence. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression au niveau de l'épigastre ou des hypochondres, ses parois sont fortement tendues. Les douleurs sont quelquefois exagérées par les mouvements respiratoires, comme dans le cas de Pfuhl, ce qui obligeait le malade à rester dans le décubitus latéral.

La fièvre n'offre pas de caractères spéciaux ; elle dépasse rarement 39° et présente fréquemment des rémissions matinales. Le pouls est petit, peu tendu ; la respiration est fort embarrassée. Tantôt la peau est sèche, tantôt les malades se plaignent de sueurs profuses survenant en général le soir et accompagnées de frissons assez violents mais irréguliers. L'embonpoint disparaît presque à vue d'œil. Chez notre malade on aurait pu croire imminente la ter-

minaison fatale, étant donné l'état de dépérissement, qui en peu de jours, avait fait des progrès considérables. Les troubles digestifs qui avaient en général ouvert la scène et même chez certains, précédé pendant longtemps les phénomènes abdominaux s'accroissent encore. L'anorexie est absolue. Il peut même y avoir comme dans le cas de Bernheim des vomissements véritablement incoercibles pendant plusieurs jours. En même temps, il y aurait souvent (Leyden) de la constipation. Celle-ci peut être due soit à ce que la collection purulente par sa présence comprime la masse intestinale et apporte une entrave à la circulation des matières digérées ; soit simplement à ce qu'il se développe une parésie ou paralysie d'origine réflexe dont le point de départ serait l'irritation péritonéale. La diarrhée a été moins souvent observée. Elle s'explique par l'action irritante des produits putrides déversés dans le canal intestinal. Enfin, du côté de l'habitus général, il faut noter certaines attitudes spéciales qu'imposent aux malades les douleurs abdominales. C'est ainsi que la femme dont nous donnons plus loin l'observation ne pouvait arriver à se redresser en marchant ; elle s'asseyait très difficilement dans son lit et conservait le décubitus dorsal évitant surtout de se coucher sur le côté gauche, siège maximum de l'épanchement. Dans les cas d'abcès sus-hépatique les malades évitent le décubitus latéral droit.

CHAPITRE V

Complications. Marche et terminaison.

La maladie évolue en s'accompagnant d'une fièvre plus ou moins irrégulière, et en général sans que l'on ait pu poser un diagnostic bien ferme. La collection purulente, faisant des progrès continuels, et la résorption du pus étant impossible, il en résulte fréquemment une perforation dans les organes voisins. C'est du côté des organes intra-thoraciques que se produit le plus souvent cette complication.

On sait que la plèvre peut être atteinte d'inflammation par propagation lymphatique. En dehors de ces cas, on peut rencontrer toutes les variétés de pleurésie ; depuis la pleurésie séreuse, jusqu'à la pleurésie purulente. Celle-ci n'est jamais putride, ce qui prouve bien que le pus de l'abcès que nous savons être ordinairement putride, fait, quand il y a une perforation diaphragmatique, irruption dans les bronches et non pas dans la plèvre. Dans l'observation II de Leyden, il existait un épanchement pleurétique à droite qui resta séreux jusqu'à la fin ; cependant, le malade, quinze jours avant sa mort, avait vomi subitement et avec signes de suffocation une grande quantité de pus crémeux fétide et sanguinolent. La perforation dans la plèvre a bien été observée dans une autopsie. Mais n'y a-t-il pas eu des causes d'erreur ? En effet, si l'on ne procède pas en pratiquant l'autopsie avec un grand soin et des ména-

gements il arrive facilement que le pus se déverse dans la plèvre par suite d'une blessure ou d'une déchirure du diaphragme. On peut alors croire que cette irruption a eu lieu pendant la vie. Dans le cas de Sænger (Obs. X) où l'autopsie démontra une pleurésie purulente à pus putride, on est en droit de se demander si la blessure du diaphragme au cours de l'intervention opératoire n'a pas été la cause du passage du contenu de l'abcès gazeux dans la plèvre. Quoi qu'il en soit, la pleurésie purulente peut acquérir une gravité exceptionnelle. La production d'un épanchement pleural survenant au début de la maladie peut empêcher la formation d'adhérences entre le diaphragme refoulé en haut et la base du poumon. Ce muscle venant alors à se perforer, il se fait irruption des gaz et du pus putride de l'abcès gazeux dans la cavité pleurale et on assiste au développement d'un pneumothorax vrai (Obs. IX). Mais ces cas sont rares. En général, il se développe une pleurite sèche qui établit dès le début, entre les deux feuillets de la plèvre diaphragmatique des adhérences assez résistantes pour que le pus ne se déverse pas dans la cavité pleurale. Il se produit alors des fistules périhépatiques et périplénobronchiques qui donnent lieu à des hémoptysies et des vomiques. La perforation diaphragmatique se fait dans le point le plus refoulé du muscle; le pus se répand directement dans les voies aériennes et par leur intermédiaire, se trouve rejeté au dehors. La perforation faite, il y a immédiatement rejet dans un effort de toux, d'une grande quantité de pus putride. La formation de ces fistules est précédée souvent d'une pleuropneumonie qui se révèle à l'auscultation par quelques frottements à la base, des

râles fins et par l'expectoration de mucosités sanguinolentes. L'ouverture pulmonaire, étant étroite, ne permet à la cavité de se vider, et le poumon baigné par le pus, s'enflamme ; son tissu suppure, se nécrose, d'où formation d'une caverne qui peut se révéler à l'auscultation par ses signes habituels (souffle amphorique, gargouillement, etc.). Dans le cas de Bernheim (Obs. XI), cette tendance à la nécrose fût telle que le malade mourut après avoir présenté tous les symptômes d'une gangrène pulmonaire rapidement destructive et ulcéreuse.

Les phénomènes que nous venons de décrire du côté des plèvres peuvent exister également du côté du péricarde, avec toutes les conséquences que comportent les lésions de cette séreuse. Celle-ci, en effet, peut s'enflammer comme la plèvre. La péricardite peut être fibrineuse et se traduit alors par un bruit de frottement rude localisé à la base. Si il y a de l'épanchement, les bruits du cœur deviennent sourds, le choc du cœur plus faible ; on constate, en un mot, tous les signes classiques qui servent à diagnostiquer cette affection. Une fois (Obs. IX) un bruit de frottement perceptible dans la partie inférieure gauche du thorax et isochrone à la respiration et aux mouvements du cœur en imposa pour une péricardite et une pleurésie gauche. Ce bruit, en présence de l'intégrité de la plèvre et du péricarde ne peut être rapporté qu'à l'inflammation péritonéale.

Le péritoine, après avoir échappé aux chances d'inflammation généralisée que créait la perforation gastro-duodénale, cause première de la maladie qui nous occupe, peut être envahi secondairement si les adhérences viennent à

céder. C'est alors le tableau de la péritonite aiguë qui vient terminer la scène.

Outre ces modes de terminaisons, il en est d'autres possibles, un peu plus satisfaisants, mais toujours hérissés de dangers. Le plus favorable, à priori, paraît être certainement l'ouverture de l'abcès en avant au niveau de la paroi abdominale. Or, cette terminaison n'a jamais été observée dans les abcès gazeux mais seulement dans les abcès péritonéaux non-gazeux.

Les abcès gazeux sous-diaphragmatiques entraînent presque toujours la mort. Celle-ci peut survenir à la suite d'une maladie intercurrente, ou être la conséquence d'une des complications citées plus haut. D'autres fois, elle paraît être due à la suppuration qui épuise le malade ou à une infection générale. Dans ce dernier cas c'est généralement dans le collapsus que la mort survient. La durée de la maladie est très variable. Elle ne dépasse généralement pas deux mois.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic des abcès gazeux sous-phréniques, est entouré de grandes difficultés. Un examen approfondi fera seul éviter une erreur qu'un examen superficiel entraînerait presque sûrement. C'est qu'en effet les caractères qui permettent de différencier ces collections pyoaériques sous-phréniques de collections hydro ou pyoaériques des régions voisines ne sont pas d'une grande netteté. Nous allons tâcher, en nous aidant principalement des indications de Leyden et du D^r Jaccoud, d'en faire ressortir les caractères différentiels.

Un premier élément de diagnostic qui est des plus importants consiste dans le mode de début de la maladie. Elle est en effet précédée d'accidents abdominaux qui se révèlent pendant un temps plus ou moins long, avant que la maladie ne se confirme. Par conséquent, si l'on vient à constater chez un malade des signes à siège thoracique, nous voulons dire les signes d'un pyopneumothorax partiel, on sera frappé de ce fait que cet accident n'a été précédé d'aucune affection pulmonaire, susceptible d'en expliquer l'apparition. Au contraire les symptômes à siège abdominal attireront l'attention sur l'état pathologique de

cette cavité. Cette constatation constitue, nous y insistons, un des éléments les plus importants du diagnostic.

Une circonstance de nature à éclaircir singulièrement les choses a été notée dans quelques cas : c'est l'évacuation de pus dans les selles.

L'évolution du pyopneumothorax sous-phrénique peut se faire de deux façons. Ou bien le développement de l'abcès se fait du côté du thorax en refoulant le diaphragme, ou bien il se fait du côté de l'épigastre. Dans le premier cas, le plus ordinaire, on rencontrera habituellement tous les signes classiques d'un hydropneumothorax inférieur. Sur quoi se basera-t-on dès lors pour faire le diagnostic ?

Le déplacement souvent considérable du cœur s'expliquerait mal avec l'hypothèse d'un tel pyopneumothorax. Ce sera donc une présomption en faveur de l'abcès gazeux sous-diaphragmatique.

L'appareil pulmonaire est sain. C'est là un signe d'une grande valeur pour Leyden et Pfuhl. Mais cette intégrité des poumons est relative. Du côté opposé à celui qui est le siège de l'affection il est de fait qu'on ne perçoit ordinairement aucun phénomène anormal. Or cela est déjà contraire à l'hypothèse de pyopneumothorax vrai car il est rare que dans ce cas il n'y ait pas quelque altération des deux poumons susceptible de se révéler par des signes aisément perceptibles. Du côté malade, il est certain également, que le murmure vésiculaire peut persister normal sous la clavicule. L'intégrité des deux poumons ne permet donc pas de s'expliquer l'existence d'un pyopneumothorax partiel.— Mais il arrive, assez souvent, que le poumon du côté

malade se trouve fortement tassé, refoulé et frappé de quelques lésions inflammatoires, d'où phénomènes morbides tels que souffle, râles sous-crépitants, etc. De plus il arrive de rencontrer une respiration normale sous la clavicule du côté malade dans les cas de pyopneumothorax vrai, partiel. Ces deux remarques enlèvent une partie de leur valeur aux signes tirés de l'examen des poumons. On ne devra cependant pas moins les rechercher et en tenir compte surtout s'ils sont tout à fait nets.

Un certain nombre de symptômes que nous avons signalés tels que : Matité changeante suivant la position du malade ainsi que d'ailleurs la plupart des signes tirés de l'auscultation (absence des vibrations thoraciques, souffle amphorique, tintement métallique, succussion hypocratique, bruit d'airain, etc.), de même que la dilatation du thorax du côté malade et le déplacement du foie, ne sauraient être utilisés pour le diagnostic. Ils sont communs aux deux affections qu'il y a lieu de chercher surtout à différencier. L'existence d'une vomique ne serait point bien entendu caractéristique ; cependant le rejet par la voie bronchique de pus *putride*, à *odeur fécaloïde* et peut-être l'examen bactériologique du pus pourraient aider à cette différenciation. Mais rien n'est encore établi d'une façon inébranlable à ce sujet.

Il faut attacher une grande importance aux renseignements fournis par une ponction exploratrice ; non pas seulement au point de vue des qualités spéciales du pus (putridité, etc.), mais surtout au point de vue du mode d'écoulement de ce liquide. Il est bien certain, que lorsque dans les antécédents immédiats du malade chez lequel la

ponction thoracique aura amené du pus on ne trouvera ni pneumonie, ni tuberculose, ni infection puerpérale ou autre maladie infectieuse, on devra songer à la possibilité de l'abcès sous-diaphragmatique et cette idée devra s'imposer s'il s'est produit chez le malade quelque temps auparavant des accidents sérieux du côté de l'abdomen. Mais l'examen de la pression du liquide dans la collection fournira un signe bien autrement précieux. Si, en effet, au moment de la ponction, on adapte un manomètre au tube d'écoulement, on constate dans le pyopneumothorax sous-phrénique, que la colonne mercurielle monte dans l'inspiration et s'abaisse dans l'expiration. Or il n'est pas nécessaire d'ajouter un manomètre au tube d'écoulement pour constater ce signe qui a été mis en lumière par Pfuhl. Jaffé a montré qu'il suffisait de tenir compte de la rapidité d'écoulement du liquide. Si le pus s'écoule plus rapidement pendant les inspirations c'est qu'il vient d'une cavité sous-diaphragmatique ; dans le cas contraire, il est sus-diaphragmatique. Le seul reproche que l'on puisse faire à ce signe c'est qu'il ne permet en somme qu'un diagnostic tardif.

Leyden signale enfin l'abaissement de la limite de la zone sonore à la percussion du foyer gazo-purulent pendant les inspirations forcées. En effet le diaphragme en s'abaissant pendant cette phase respiratoire comprime l'abcès sous-jacent dans une mesure appréciable à la percussion. Ce signe joint au précédent est réellement pathognomonique.

Quelles sont les affections avec lesquelles peut être confondu l'abcès gazeux sous-phrénique ? Quand il évolue vers

le thorax c'est presque toujours, avons nous vu, le pyopneumothorax qu'il simule. Nous pouvons résumer les signes différentiels, que nous venons de décrire en détail de la manière suivante : en faveur de l'hypothèse d'abcès gazeux sous-phrénique on notera le mode de début abdominal et l'absence de symptômes pulmonaires ; le déplacement considérable du cœur, l'intégrité du poumon opposé à la lésion et l'intégrité relative du poumon correspondant au côté malade, l'irruption d'une vomique putride d'odeur fécaloïde et surtout le mode d'écoulement du liquide pendant une ponction ainsi que l'abaissement de la limite du tympanisme lors des grandes inspirations. Cet ensemble de caractères permettra, lorsque l'attention sera davantage éveillée vers cette affection, de ne pas en méconnaître la nature aussi souvent qu'autrefois.

On sait combien il est parfois difficile de faire le diagnostic différentiel d'un pyopneumothorax partiel et d'une grande caverne tuberculeuse. Il n'est donc pas étonnant que l'abcès gazeux sous-phrénique qui simule si bien la première affection puisse également simuler la seconde. C'est là un diagnostic qui pourrait être embarrassant. Mais l'existence d'une grande caverne pulmonaire suppose une affection chronique du poumon, déjà très ancienne. Elle s'accompagne de signes de tuberculose ordinairement non douteuse dans les deux poumons et aussi de symptômes fonctionnels à évolution bien connue. L'existence antérieure d'une hémoptysie, la constatation de râles muqueux, de craquements, de signes d'induration aux deux sommets, la présence de gargouillements, de douleurs dans les régions supérieures du thorax seront autant

de signes en faveur de l'existence d'une grande caverne tuberculeuse, qui, s'ils ne différencient pas cette affection avec le pyopneumothorax vrai qui peut survenir dans le cours de tuberculose, permettent cependant de la bien distinguer du pyopneumothorax sous-phrénique. Remarquons d'ailleurs, que l'erreur ne paraît pas avoir jamais été commise.

L'abcès gazeux sous-phrénique lorsqu'il se développe surtout du côté de l'abdomen, même dans la forme thoracique, au début de l'affection peut présenter certains signes qui font penser à des affections bien différentes telles que *obstruction intestinale*, — *dilatation de l'estomac*, — *kystes hydatiques du foie*, — *abcès non gazeux sous-diaphragmatiques*.

Qu'il puisse y avoir des cas où l'affection à son début se révèle par des symptômes éveillant l'idée d'une obstruction intestinale? Cela n'est pas douteux puisqu'il en fut ainsi dans un cas de Leyden (Obs. XIII). Douleurs abdominales, météorisme, prostration du malade : voilà en effet quelques signes communs à ces deux affections. Mais l'évolution est bien différente et il n'est pas nécessaire d'y insister longuement. S'il s'agissait d'obstruction intestinale, ou bien, la cause de l'obstruction étant levée, le malade se rétablirait très rapidement, car tous les phénomènes cesseraient presque immédiatement, ou bien l'obstacle étant invincible, des accidents immédiatement graves et dont l'ensemble forme un tableau bien saisissant ne permettraient pas de conserver des doutes sur la maladie.

Le diagnostic de l'abcès gazeux avec la dilatation de l'estomac idiopathique ou la dilatation de l'estomac, con-

sécutive à une affection gastrique telle que le cancer, peut être dans certains cas vraiment délicat. Ne serait-on pas en effet en droit d'hésiter en présence d'un malade souffrant depuis longtemps de l'estomac, ayant vomi du sang, amaigri, sans appétit ; présentant en outre des signes physiques tels que : bruit de flot dans la région épigastrique par la succussion, timbre métallique des bruits du cœur, tympanisme et saillie épigastrique paraissant en rapport avec la présence de gaz ? — On peut dire que c'est avec la dilatation de l'estomac que pourra surtout être confondu un abcès gazeux sous-phrénique développé du côté de l'abdomen et ne présentant pas les signes du pneumothorax. Tel était le cas de M. Debove que nous rapportons. Les éléments de ce diagnostic difficile seront l'existence de la fièvre et des symptômes généraux révélant ordinairement la formation du pus, le début et la marche rapide des accidents. Mais le signe vraiment différentiel sera fourni par l'épreuve du lavage de l'estomac. Si, en effet, après évacuation des liquides gazeux de la cavité stomacale par le siphon, la tumeur abdominale ne diminue pas de volume ; il sera bien évident qu'elle siège en dehors de cet organe.

Quant aux kystes hydatiques du foie, et aux abcès non-gazeux sous-phréniques (pyothorax sous-phrénique) développés vers le thorax, ils ont sans doute des caractères communs avec l'affection qui nous occupe. Mais ce seul fait qu'ils ne contiennent pas de gaz, les prive des symptômes qui sont précisément la caractéristique du pyopneumothorax sous-phrénique à développement thoracique. Et nous avons énuméré plus haut ces symptômes avec assez de détails pour n'avoir pas à y revenir.

CHAPITRE VII

Pronostic.

Qu'il y ait des complications thoraciques ou abdominales, ou que l'évolution de l'abcès gazeux se fasse sans qu'il y ait de retentissement sur les organes voisins, le pronostic est des plus fâcheux. Sur les 21 cas que nous avons analysés, il n'y a en effet qu'une seule guérison (Obs. I) et cette guérison est due à ce que, le diagnostic ayant été porté à temps on a pu intervenir rapidement d'une façon sérieuse.

Cela constitue une mortalité de 95 0/0. C'est donc là une affection très grave, d'autant plus sérieuse que lorsque ce diagnostic est posé il ne l'est que très tardivement et que, bien plus souvent encore, il n'est pas posé du tout. La maladie n'est reconnue que sur la table d'autopsie. C'est ainsi que sur 21 cas, il y a eu dix fois absence de diagnostic ou diagnostic erroné, que trois fois seulement on a su avant d'opérer à quel genre d'affection on avait affaire, tandis que cinq fois la maladie n'a été reconnue que pendant l'intervention opératoire ou même après.

Quoiqu'il en soit la guérison spontanée de ces abcès n'a encore pas été constatée. On est habitué à les voir se terminer fatalement. Nous croyons cependant qu'un diagnostic établi avec certitude et une intervention opératoire faite en temps opportun pourraient sans doute dans un certain

nombre de cas sauver les malades ; de sorte que l'affection étant mieux connue, son pronostic deviendrait moins fâcheux. Il faut cependant bien savoir que, même dans les cas où une opération pratiquée sur la grande cavité gazo-purulente réussirait, la présence fréquente à son voisinage de petits foyers purulents, difficiles à atteindre pourrait déterminer des accidents, et finalement entraîner la mort.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Le traitement est celui de tout abcès. Il consiste dans l'évacuation immédiate du pus.

Pour assurer le diagnostic, on fera une ponction exploratrice et l'on se tiendra prêt à évacuer largement le liquide qu'on aura rencontré. On incisera, couche par couche, la paroi abdominale au-dessous des insertions du diaphragme et on lavera largement et antiseptiquement la cavité. Cette opération aura pour résultat, non seulement de supprimer, dans la mesure du possible, un foyer infectieux, de diminuer l'auto-intoxication possible, mais encore d'évacuer les gaz et pus qui pourraient amener des ruptures pleurales et péritonéales.

Pour faire l'opération, on choisira de préférence, les régions les plus déclives de la collection afin de faciliter l'écoulement du pus et pour qu'une erreur de lieu ne soit pas la cause d'un pneumothorax.

Scheurlen croit que les lavages répétés sont à repousser d'abord parce qu'il y aurait danger de rompre les adhérences péritonéales formées et de développer par suite une péritonite généralisée ; puis parce que dans les diverticules, fréquents dans ce genre d'abcès, pourrait stagner une certaine quantité du liquide antiseptique employé, suffisante

pour déterminer par suite de sa résorption des accidents d'intoxication.

Une fois l'abcès incisé et vidé, on pratiquera le drainage avec des drains de caoutchouc de 25 ou 30 centimètres de longueur ; car il importe d'éviter l'enkystement du pus dans les anfractuosités. Il y aura lieu d'aider par des lavages antiseptiques l'écoulement du pus et de désinfecter la cavité putride. Le drainage servira encore ici à prévenir l'accolement prématuré des parois de la cavité ; accolement qui pourrait avoir pour conséquence la formation de collections enkystées. En effet, l'action de la pression intra-abdominale qui pousse les viscères à combler la cavité évacuée et la facile production des adhérences péritonéales, seraient des conditions très favorables à la production de ces enkystements.

Dans notre observation, M. le professeur Debove pratiqua le premier jour des lavages à l'eau phéniquée : la désinfection se fit bien, et le pus, de putride qu'il était devint verdâtre et très peu odorant. On s'est servi après, pour les lavages, d'eau boriquée stérilisée par l'ébullition. On fit d'abord un lavage par jour et comme la fièvre se maintenait et que l'on redoutait l'infection, on en fit deux par 24 heures. Cette conduite fut suivie de la guérison de la malade.

Dans certains cas, si le pus s'évacuait difficilement, il y aurait sans doute lieu de faciliter son issue par une ou plusieurs contre-ouvertures.

S'il survenait une pleurésie purulente, on la traiterait par l'opération de l'empyème avec ou sans résection costale suivant les règles classiques. Si la pleurésie était seulement

sérieuse on se contenterait de pratiquer une ou plusieurs ponctions avec un aspirateur.

Le traitement chirurgical est seul curatif. Mais, il y a indication à chercher, par tous les moyens médicaux usités en pareil cas, à relever les forces de l'organisme et à activer la nutrition. Les toniques (vin, alcool, quinquina, etc.) une alimentation substantielle et réparatrice (lait, poudre de viande, etc.) auront ici sans doute l'influence bienfaisante qu'il est d'usage de leur reconnaître.

CONCLUSIONS

1° Les abcès gazeux sous-diaphragmatiques se trouvent, par la nature gazeuse d'une partie de leur contenu et par leur situation juxta-pulmonaire, dans des conditions physiques spéciales. De là vient qu'ils se révèlent habituellement par des symptômes qui sont précisément les symptômes classiques de l'hydropneumothorax. *Souffle amphorique, tintement métallique, bruit d'airain, bruit de flot par la succussion, absence de vibrations thoraciques*, rien ne manque quelquefois à leur tableau clinique simulateur. Cette singularité d'une affection *abdominale* se traduisant par des symptômes *pleuro-pulmonaires* donne à ces abcès un intérêt tout particulier qui justifie leur description isolée à titre d'entité clinique ou maladie spéciale.

2° Il y a à considérer deux périodes dans l'histoire de ces abcès. Pendant la première, ils furent surtout une curiosité anatomo-pathologique. Pris pendant la vie pour des collections pleurales, leur situation abdominale n'était reconnue qu'à l'autopsie (exception faite des cas de Barlow et d'Eisenlohr). La seconde période commence à Leyden (en 1879) qui diagnostiqua ces abcès et en fit le premier l'objet d'une description spéciale. Quelques observateurs, depuis cette époque, purent en faire le diagnostic pendant la vie (Glæser, Neusser, M. Debove).

3° L'abcès gazeux sous-phrénique reconnaît ordinaire-

ment pour cause un ulcère simple perforant de l'estomac ou du duodénum (16 fois sur 20 cas).

4° Dans la grande majorité des cas, l'abcès gazeux sous-phrénique se développe surtout vers le thorax et emprunte au pyopneumothorax la plupart de ses signes physiques propres. Exceptionnellement, il évolue vers l'abdomen et ne donne pas naissance à ces signes (cas de M. Debove).

5° C'est surtout avec le pyopneumothorax que l'abcès gazeux peut être confondu. Le mode de début abdominal, l'intégrité relative des poumons, l'abaissement de la limite sonore de l'abcès pendant les grandes inspirations, le mode d'écoulement du liquide purulent au moment d'une ponction, constituent les meilleurs éléments différentiels de ce diagnostic.

6° La connaissance précise des abcès gazeux sous-diaphragmatiques, en permettant d'en faire plus fréquemment qu'autrefois le diagnostic, rendra sans doute le pronostic moins redoutable. Car une intervention opératoire faite à temps (cas de M. Debove) pourra sauver la vie du malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (due à l'obligeance de MM. le professeur
DEBOVE et le D^r RÉMOND.)

Hôpital Andral, salle des femmes, lit n° 8. M. B. 33 ans. Domestique.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. La mère serait morte d'hémoptysie ; le père alcoolique est décédé à 58 ans. La malade a encore un frère, bien portant, 43 ans. Elle a perdu trois sœurs dont deux de la poitrine (42 et 25 ans), la troisième de diphtérie (3 ans).

Réglée depuis l'âge de 13 ans, régulièrement, elle n'a jamais eu d'enfants.

A l'âge de 6 ans elle a eu la rougeole et la diphtérie, et elle est restée assez délicate pendant longtemps.

Il y a trois ans elle commença à souffrir de l'estomac. Elle avait de l'inappétence, des vomissements et un jour elle eut une hématomèse de sang rouge extrêmement abondante ; en même temps elle eut du mœlena.

A ce moment elle souffrait de douleurs épigastriques très vives et se rappelle parfaitement avoir eu un point douloureux xyphoïdien et un point dorsal très nets.

Elle entra à Lariboisière salle Ste-Marie et y resta un mois, au régime lacté. Les hémorragies ne se renouvelèrent plus et elle partit très améliorée pour le Vésinet d'où elle sortit guérie pour se remettre au travail.

Très peu de temps après sa sortie de l'hôpital elle redevint malade. Il y a 6 semaines elle eut de nouveau des vomissements, de l'inappétence et des crises d'étouffement qui se terminèrent un jour par une hématomèse de moyenne intensité. Cette fois elle rendit du

sang noir et n'eut pas de mœlena. Les points douloureux avaient reparu, la situation était assez grave et le médecin traitant la remit de nouveau au régime lacté.

15 août. — La malade est entrée hier Hôpital Andral. C'est une femme amaigrie, d'aspect souffreteux, qui se plaint de douleurs très vives dans le dos et au creux épigastrique. Ces dernières sont si vives qu'elle ne peut se redresser.

Elle vomit tout ce qu'elle prend, même le lait.

L'estomac est tendu, ballonné, sonore. On ne trouve rien d'anormal ni dans le thorax, ni au cœur, ni aux organes génitaux. Pas d'ictère.

Traitement. — Régime lacté.

24. — L'estomac, très douloureux, semble toujours être distendu par des gaz. A la percussion on trouve un tympanisme épigastrique exagéré, limité inférieurement par un bourrelet submat, un peu dur. Le foie est légèrement abaissé, la rate non augmentée de volume.

On lave l'estomac dans l'espoir d'évacuer les gaz qu'il semble contenir. L'eau de lavage ramène du sang noirâtre, digéré, mais il ne s'échappe pas de gaz et le ballonnement persiste.

Température, matin 39°, soir 40°.

25. — Nouveau lavage, pas de modification du tympanisme, l'eau rendue est claire. La malade souffre toujours autant. Température 39°2, soir 39°.

26. — Température 38° 6, soir 39° 8.

27. — 38° 2 — 39° 2.

28. — 38° 2 — 39° 4.

29. — Température le matin 38° 2. Lavage stomacal. Température soir 38° 6.

30. — Température le matin 38° 4. Nouveau lavage. Il existe des veines dilatées bleuâtres au niveau de l'épigastre qui est toujours tendu au maximum. L'eau de lavage est claire et malgré quelques éructations la tension épigastrique ne diminue pas.

Le poumon, le cœur, le tube digestif, les organes génitaux sont sains et rien ne semble pouvoir expliquer la fièvre de la malade qui commence à se cachectiser.

Le diagnostic ulcère stomacal et dyspepsie gazeuse ne suffit pas non plus à expliquer les accidents locaux ; le fait le plus étrange ; c'est l'impossibilité où l'on est, même par une pression très forte, d'évacuer par la sonde les gaz qui semblent remplir l'estomac.

M. Debove fait alors au niveau de la partie la plus saillante de la région-sonore une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz stérilisée. Il s'échappe des gaz extrêmement fétides et une goutte de pus. On remplace alors la seringue par l'aiguille d'un aspirateur et on retire 750 grammes de pus mal lié, verdâtre, d'odeur infecte.

La poche semblant vide on incise la paroi abdominale avec l'aiguille comme conducteur. Par l'incision dirigée transversalement à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui mesure environ six centimètres, il s'échappe encore 700 grammes de pus.

Le doigt introduit dans la plaie permet de palper le lobe gauche du foie.

On met un drain de 28 centimètres de longueur. Pansement iodoformé. Diagnostic, pyopneumothorax sous-phrénique par ulcération stomacale actuellement cicatrisée. — T. le soir 37° 4.

31 août. — T. 37° le soir, 38° 2. — Le soir lavage de la plaie à l'eau phéniquée. — Le pus qui sort est extrêmement fétide. — Le même soir la malade a des crises d'étouffement.

1^{er} septembre. — L'état général est relativement bon. — T. du matin 37° 4. La malade mange un peu mais se sent légèrement fatiguée.

Le soir crises d'étouffement. T. 39° 6.

2. — Matin 37° 8. — Urines noires. On enlève le pansement. Il s'écoule une grande quantité de pus verdâtre, mais peu odorant. Lavage avec trois litres d'eau boriquée bouillie, dont les dernières gouttes ressortent claires de la plaie. Celle-ci mesure plus de 20 centimètres de profondeur, et l'extrémité de la canule de l'irrigateur vient butter contre les fausses côtes au-dessus de la rate.

Soir 39° 4.

3. — Pansement. — Le pus bien lié est en quantité assez considérable. Lavage comme ci-dessus. On met un gros drain. T. le

matin 38°. T. le soir 39°6. Insomnie, agitation. On fait une injection de morphine.

4. — La malade a mauvaise mine ; elle est maigre, très jaune, très faible.

Le pansement fort sale est renouvelé.

Lavage avec 1500 grammes d'eau boriquée stérilisée. T. matin 37°8, soir, 39°2.

5. — *Id.*, 3 litres eau boriquée, matin 38°2, soir 39°2.

6. — *Id.*, T. matin 38°.

7. — Hier au soir lypothymies. La malade est très faible. Elle se plaint d'insomnie. T. le matin 37°6, soir 38°.

2 pansements par jour.

8. — Matin 38°, soir 38°2.

9. — T, 37°6, soir 39°.

10. — T, 37°6, soir 38°4.

Les cultures faites avec le pus retiré lors de la ponction avec la seringue de Pravaz donnent du stéptocoque en petite quantité et du bacille pyocyanique. Ces microbes ont été isolés par culture en strie sur agar.

11. — Lavage de la plaie avec 3 litres d'eau boriquée additionnée de 125 grammes de sublimé à 1/1000. La poche de l'abcès semble se rétrécir sensiblement. Dès que l'on y fait arriver le liquide du lavage il ressort immédiatement et presque aussitôt il devient clair. Toutefois le drain a encore la même longueur. Température 37°2 — 38°.

12. — T. 37° — 37°6.

13. — La malade a meilleure mine. Il semble que la cavité ne contient presque plus de pus le matin au lavage. Toutefois l'inpétence persiste.

T. 37°. — Lavage avec 3 litres d'eau boriquée bouillie avec addition de 250 grammes de sublimé au 1000°.

24. — La température s'est maintenue constamment entre 36°8 et 37°4. La malade augmente de poids, l'appétit est revenu et la cavité tend à se combler de plus en plus. Jusqu'ici on a fait un lavage par jour. A partir de maintenant on commence à espacer les pansements

pour permettre à la cicatrisation de se faire plus rapidement.

La malade est sortie guérie le 18 octobre.

OBSERVATION II (BARLOW. — *London Gaz.*, mai 1845, p. 13).

Barbara G. 39 ans, entre dans la salle Martha, Guy's hospital, service de M. Barlow, le 26 octobre 1844. A eu 5 enfants. — Accouchement difficile à l'âge de 32 ans.

Il y a 8 mois, douleurs vagues à l'épigastre et dans le côté gauche avec irradiations à l'épaule du côté correspondant — vomissements de temps en temps.

On la traite pour une gastrite d'origine alcoolique.

Il y a quatre mois, elle entre à l'hôpital avec des vomissements tenaces. On diagnostique une gastrite subaiguë et on la traite en conséquence.

Elle s'améliore, quitte l'hôpital et ne rentre que le 24 octobre dernier après avoir été prise subitement d'une douleur intense dans le côté gauche et dans l'épaule avec dyspnée. Elle est restée sous le coup d'une suffocation pendant 48 heures.

Anxiété, — douleurs dans la tête, — pieds froids, — joues rouges, — dyspnée, — douleur épigastrique remontant vers l'épaule, — bouche mauvaise, — sueurs froides.

Barlow pense, sans pratiquer un examen complet trop fatigant pour la malade qu'il s'agit de gastrite avec pleurésie intercurrente.

Thorax résonnant modérément en avant et en arrière sauf, à gauche, sous la clavicule où il y a de la submatité.

A l'auscultation, le murmure respiratoire s'entendait en avant et en arrière à droite. Au-dessous de l'omoplate gauche, respiration amphorique, — tintement métallique s'entendant très bas, — égophonie au-dessus de cette région.

Pas de différences dans la mobilité et la forme entre les deux côtés du thorax.

Pas de frottements pleurétiques — un peu de succussion mais non constamment — épigastre bombé résonnant très fortement.

A un moment donné, frottements pseudo-péricardiques, syn-

chrones aux mouvements du cœur et persistant jusqu'à la mort.

Mort le 13 novembre, 20 jours après le début de la maladie.

Malgré les signes évidents de pyopneumothorax, Barlow soutint que ces phénomènes stéthoscopiques se passaient dans la région sous-diaphragmatique et rappela un cas dans lequel il aurait vu un estomac perforé communiquer avec un vaste abcès péritonéal.

Autopsie. — Abcès péritonéal de l'hypochondre gauche limité en haut par le diaphragme refoulé vers la quatrième côte, en bas par le lobe gauche du foie, la rate et l'estomac, qui portait deux perforations. — Pus extrêmement fétide et un peu de gaz.

Les perforations stomacales siégeaient l'une tout près du cardia, à droite, sur un *ulcère rond* ; — l'autre était sur la paroi antérieure de l'estomac, plus petite.

Pleurésie séro-purulente secondaire, sans communication avec l'abcès.

Barlow avait basé son diagnostic sur la situation de l'air au-dessous d'une région donnant des signes d'épanchement liquide ; sur l'absence de causes pulmonaires ayant pu déterminer un pyopneumothorax, sur la difficulté d'admettre un septum pseudo-membraneux aussi parfait entre deux collections ; une liquide supérieure, une gazeuse inférieure dans le thorax, enfin sur le siège maximum de la sonorité amphorique au-dessous des fausses côtes.

OBSERVATION III. — *Dysenterie chronique.* — *Perforation du côlon et formation d'une tumeur emphysémateuse de la cavité abdominale, située à la face convexe du foie* (Obs. du Prof. J.-B. WILLIAMS. — London, *Med. Gaz.*, décembre 1845).

Un homme de 40 ans, qui était employé comme machiniste sur les bateaux à vapeur, et qui avait beaucoup voyagé dans les Indes Orientales fut pris le mois dernier, pendant qu'il était encore à Madras, de douleurs très vives dans le ventre, à l'hypochondre droit. Le malade revint en Angleterre, il entendit dire à Southampton qu'il avait un abcès du foie. Dans cette ville, on lui fit faire des frictions sur la partie douloureuse du ventre. Trois semaines après, il

s'aperçut que cette partie se tuméfiait, devenait rouge et sensible. A l'époque où le docteur Williams le vit pour la première fois, il y avait au-dessous des fausses côtes du côté droit une tumeur saillante, qui pouvait avoir un peu plus du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur paraissait solide ; cependant il n'y avait que peu de matité à son niveau ; d'un autre côté, le foie n'était pas considérablement développé. Au-dessous de cette tumeur, la résonnance était tympanique, mais peut-être pas aussi complète que si l'intestin eût été en contact immédiat avec les parois abdominales ; du reste ce malade n'était pas en état de subir un traitement actif : le poulx était très petit, il y avait des sueurs abondantes, et tous les symptômes de la fièvre hectique ; enfin les évacuations alvines étaient fort répétées et fatigantes. Dix jours après, la tumeur était beaucoup plus saillante ; la peau qui la couvrait était rouge à sa surface ; en la touchant on reconnaissait qu'elle avait totalement changé de caractère : au lieu d'être dure et également résistante dans toute son étendue elle était molle et fluctuante. Dans ces circonstances, l'auteur engagea le malade à entrer à l'hôpital du collège de l'Université, ce qu'il fit le 23 juin 1845.

La peau était sèche et d'une teinte jaunâtre ; amaigrissement, prostration des forces, altération profonde des traits ; poulx petit et faible ; bouche sèche et amère ; langue chargée ; un peu de soif ; abdomen rétracté. Au niveau et un peu au-dessous du bord des fausses côtes droites, dans la région du foie, on sentait deux saillies élastiques, ou pour mieux dire une tumeur, faisant saillie vers deux points, qui était le siège d'une mollesse élastique, et au niveau de laquelle les téguments étaient un peu rouges et tendus, comme s'il y avait un abcès. La sensation que donnait cette tumeur sous la pression était celle d'une cavité remplie d'air ; en outre on y déterminait des gargouillements, et la percussion donnait, à ce niveau, une résonnance tympanique ; on s'assura qu'elle n'avait aucune communication avec le poumon, puisque les organes thoraciques ne présentaient aucune altération dans leur résonnance ou dans leurs phénomènes intimes.

Pendant son séjour à l'hôpital, on put reconnaître d'une manière

encore plus précise la présence du gaz dans ce sac anormal, non seulement par le gargouillement et la rénitence, mais encore par le tintement métallique qui y existait de la manière la plus évidente, toutes les fois que le malade toussait, ou qu'on exerçait une percussion un peu violente. L'auteur avait eu d'abord l'intention d'ouvrir cette tumeur ; mais, aussitôt qu'il lui fût démontré qu'elle communiquait avec une cavité intérieure il voulut s'en abstenir.

Cependant, comme le malade voulait sortir de l'hôpital si on ne lui pratiquait pas d'opération, Williams se décida à faire, à la partie la plus saillante une ouverture qui donna issue à des gaz fétides, et à une petite quantité de matière brunâtre mêlée de pus.

La mort eut lieu six jours après.

Autopsie. — L'abdomen était retractoré ; l'ouverture qu'on y avait pratiquée était béante, et ses bords noirâtres et ramollis ; les téguments voisins et les muscles droits de l'abdomen offraient une coloration livide, presque noire ; le foie descendait à 2 pouces et demi au-dessous de l'appendice xyphoïde, et à deux pouces au-dessous du rebord des fausses côtes du côté droit ; l'épiploon était intimement uni au lobe droit du foie et au péritoine pariétal du même côté ; quand on l'eût incisé, on aperçut une cavité irrégulière, contenant une certaine quantité de matière brunâtre grumeleuse excessivement fétide, dont le fond était occupé par la face antéro-supérieure du lobe droit du foie, et qui se prolongeait en avant au-dessous du bord des fausses côtes jusque sous la peau. Cette tumeur avait complètement dénudé les côtes avec lesquelles elle était en contact ; elle était bornée en arrière et en bas par l'épiploon, et tout à fait en bas par le côlon transverse, qui présentait deux ulcérations dans le point où il se continue avec le côlon ascendant ; une de ces ulcérations avait un quart de pouce de diamètre, l'autre était un peu plus petite ; la portion de la surface supérieure du lobe droit du foie, qui faisait partie des parois de l'abcès, était d'un brun livide, et tapissée en partie par une couche de lymphé plastique, molle et grisâtre, il y avait aussi deux excavations qui pouvaient avoir trois quarts de pouce d'étendue, et qui auraient pu loger l'extrémité du doigt. Cette excavation contenait du pus ; elle était tapissée par une membrane in-

complète ; une branche de la veine hépatique se terminait brusquement au niveau d'une des excavations, et renfermait un caillot suppuré. Le foie lui-même était un peu pâle, mais sans autre altération ; les parois du côlon ascendant et du côlon transverse étaient fortement épaissies et froncées ; elles étaient d'une couleur gris jaunâtre dans certains points, d'une couleur livide en d'autres, mais sans apparence de rougeur. On y voyait encore les traces de nombreuses ulcérations ; la membrane muqueuse du côlon ascendant était pâle, quoique épaissie et parsemée de petites ulcérations ; les glandes de Peyer étaient gonflées, quelques-unes ulcérées, les ganglions mésentériques durs et hypertrophiés ; la rate pâle et présentant quelques ossifications : il y avait des traces de matière tuberculeuse et même une petite excavation en voie de cicatrisation au sommet de l'un des poumons (London, *Med. Gaz.*, décembre 1845).

OBSERVATION IV (Résumée). — *Perforation d'un ulcère stomacal.* — *Poche purulente entre le diaphragme, le foie et la rate* (WINTRICH. — In VIRCHOW'S. *Handbuch der Path. und Therap. der resp. Organe*, 1854, p. 358).

Femme, eût à la suite d'une perforation d'un ulcère stomacal, sous le diaphragme une vaste poche, pseudo-membraneuse, remplie de gaz, de pus et de débris alimentaires qui avait refoulé le cœur vers la ligne médiane et le diaphragme jusqu'à la 3^e côte. Une perforation faisait communiquer ce sac avec l'estomac.

Résonnance métallique, — bruit d'airain, — fluctuation. — amaigrissement, — sueurs nocturnes, — dyspnée, — expectoration catarrhale, — toux légère, — aspect anémique.

Erreur de diagnostic due à une trop grande confiance dans les signes classiques du pyopneumothorax.

OBSERVATION V. — *Perforation spontanée du duodénum — péritonite consécutive avec tympanite localisée à la face supérieure du foie et donnant lieu à tous les signes d'un pneumothorax* (J. B. ROUCHAUD, interne des hôpitaux. — *Bulletin de la société anatomique*, 1862).

Rey (Auguste) typographe, âgé de 37 ans, entre dans le service de M. le Dr de St-Laurent, salle St-Jean, n° 18, à l'hôpital Cochin, le 25 mai 1862.

Quoique maigre, il se porte habituellement bien. A l'âge de 9 ans, il eut un ictère qui survint sans cause appréciable et dura quelques semaines.

A part cette légère affection, il n'a pas eu de maladie sérieuse. Si on le presse de questions, il raconte que, depuis un mois environ, il éprouve quelques légers troubles dans les fonctions digestives, tels que des douleurs d'estomac, soit avant, soit après avoir mangé, mais de préférence quelques heures après le repas. Il paraît même avoir été légèrement jaune peu de jours avant de tomber malade.

Le 22, après avoir diné, il éprouva subitement des douleurs très vives dans le ventre, toute la région était douloureuse ; mais le siège principal des douleurs était l'épigastre et l'hypochondre droit jusqu'en arrière. Il fut pris en même temps de nausées et de vomissements. Outre ses matières alimentaires, il rendit beaucoup de bile et de la bile verte. Ces vomissements durèrent toute la nuit et tout le jour suivant, ils ne s'apaisèrent et disparurent que le surlendemain. Pendant ce temps il fut constipé et ne rendit aucune selle. Son agitation était extrême : il ne savait quelle position prendre pour se soulager.

Il n'a ni toussé, ni craché ; il ne paraît pas avoir été gêné pour respirer, en un mot aucun trouble dans les fonctions de l'appareil respiratoire.

État actuel. — Le 26, la face exprime la souffrance. Les sclérotiques sont légèrement teints en jaune, vers le fond du repli conjonctival. Le malade est couché sur le dos, mais il peut prendre d'autres

positions, ainsi s'asseoir ou se mettre sur le côté sans trop souffrir. D'ailleurs, il dit que son état est plus satisfaisant que les jours passés.

Il existe un peu de fièvre ; la peau est chaude, le pouls, assez fort et ample différent de ce qu'il est dans la péritonite, bat 92 fois à la minute.

Sa langue est sèche, recouverte d'un enduit peu épais et légèrement jaunâtre. L'appétit est nul, sa soif assez vive. Quelques nausées, pas de vomissements, une selle hier. Le ventre est arrondi, ballonné, mais non considérablement augmenté de volume.

Il est partout sonore à la percussion et se laisse déprimer. La douleur est principalement vive à l'épigastre et à l'hypochondre droit, le long du rebord des fausses côtes, elle augmente par la palpation et elle apparaît en arrière de la région quand on presse avec la main. A peu près continue, elle offre quelques exacerbations sous forme de coliques. Elle se propage vers les deux aines mais ne se fait pas sentir du côté de la vessie et des organes génitaux. La miction se fait régulièrement, et l'urine n'offre d'autre altération qu'un léger dépôt albumineux sous l'influence de la chaleur et de l'acide nitrique.

Le foie ne peut être limité en avant ; la percussion donne une sonorité anormale qui fait penser que l'organe a basculé sous l'influence de la tympanite intestinale ; en arrière on trouve la matité naturelle.

La respiration n'offre rien de spécial, un peu de toux seulement.

Il est typographe, mais il n'a jamais eu ni coliques, ni autres accidents saturnins ; il ne présente pas le liseré des gencives.

En face de ces signes assez peu caractéristiques on penche vers l'idée d'une inflammation des voies biliaires due à la présence de calculs dans la vésicule ou son conduit (traitement, bain, laudanum, éther, cataplasmes).

27. — Amélioration ; la fièvre est moindre, la douleur abdominale moins intense, et le ballonnement a diminué.

Deux selles, pas de vomissements.

28. — Recrudescence ; malaise général, fièvre plus intense ; dou-

leurs plus vives et plus étendues. Le côté droit de la poitrine est plus gêné, sans que la dyspnée soit bien grande et la toux plus notable ; mais la percussion et l'auscultation font reconnaître un peu d'épanchement à la base en arrière. Matité, diminution des vibrations thoraciques, souffle, égophonie (un vésicatoire sur le côté).

29. — Même état.

30. — Toujours un peu de fièvre. L'épanchement persiste sans augmenter. En avant les douleurs sont moins vives, et le malade se trouve bien, de sorte que toute l'attention se porte sur la pleurésie, et l'on semble oublier l'affection abdominale.

2 juin. — Le malade se dit très bien et veut absolument sortir, ce qu'il a déjà demandé à plusieurs reprises et avec beaucoup d'insistance. Comme son état est meilleur, sans que sa santé soit parfaitement rétablie, on se résout à lui accorder sa demande.

La peau n'est point fébrile, mais le pouls reste élevé, 110. Il existe un peu d'épanchement, et de la diarrhée est survenue depuis deux jours : néanmoins les forces sont en partie revenues, et la figure n'exprime plus l'abattement. L'appétit se fait sentir, et les douleurs abdominales sont presque nulles.

La région du foie est toujours sonore, mais on croit sentir cet organe à l'épigastre, et l'on ne donne qu'une médiocre attention à cette sonorité anormale.

12. — Le malade revient dans un état déplorable ; face grippée, maigreur considérable, faiblesse extrême, à peine un souffle de vie. Pouls petit, faible, accéléré. Peau sans chaleur, respiration pénible, sans être très gênée. Un peu de toux sèche.

Il se plaint surtout de douleurs qu'il éprouve au côté droit de la poitrine et de la partie supérieure du ventre. On explore le thorax, et l'on retrouve en arrière, tous les signes de l'épanchement pleurétique : matité, absence de murmure vésiculaire, diminution des vibrations thoraciques, et profondément quelques râles sous-crépitaux. En dehors on découvre des phénomènes tout différents : tintement métallique très manifeste, toux et respiration amphoriques (on n'a pas fait parler) également nettes, mais peu intenses. Si l'on percute en avant avec deux pièces de monnaie l'une sur l'autre, on entend

un son amphoro-métallique des plus beaux. Pas de fluctuation hippocratique quand on imprime au malade des secousses un peu vives. S'il se couche sur le dos, on trouve par la percussion un son exagéré s'étendant du mamelon au-delà du rebord costal et se prolongeant sur le sternum ; au-dessus et au-dessous de ces limites la sonorité est moindre que sur les parties correspondantes du côté opposé. Sur toute cette surface sonore on n'entend aucun bruit respiratoire. Les espaces intercostaux sont saillants et peu mobiles lors des mouvements respiratoires, ce qui devient très sensible quand on compare au côté opposé. Il existe quelques râles sous-crépitaux sous la clavicule.

L'auscultation du côté gauche fait entendre une respiration exagérée et puérile.

Pas d'appétit : Langue humide. Beaucoup de diarrhée. L'idée bien arrêtée qu'on a affaire à un pneumothorax fait négliger l'exploration minutieuse de la région abdominale.

Mort le lendemain matin, 13 juin.

Autopsie le 14 juin. — On ouvre le ventre par la partie inférieure. Il s'écoule un liquide séro-purulent, et l'on trouve le péritoine rouge, injecté, dépoli, recouvert çà et là de légers dépôts pseudo-membraneux, en un mot une péritonite générale qui ne paraît pas très ancienne. En avançant vers l'hypochondre droit, on découvre les lésions d'une péritonite plus avancée et moins récente. Les intestins adhèrent entre eux et aux parties voisines au moyen de fausses membranes épaisses et résistantes. En voulant les décoller pour arriver sur le diaphragme qu'on suppose refoulé en bas, on ouvre une cavité d'où il ne sort ni liquide, ni gaz, ni odeur fétide. Il vient à l'esprit que le diaphragme est perforé et que le doigt qui pénètre dans cet espace vide pour aller soulever la paroi thoracique se trouve dans la plèvre.

En continuant à isoler et à séparer les circonvolutions intestinales, on ne tarde pas à découvrir une perforation. Il serait difficile de dire si la partie qu'on en voit était obturée par les parties voisines, toujours est-il que le reste de sa circonférence adhère à ses parties et qu'il faut l'en décoller. Sa grandeur est celle d'une pièce de

50 centimes. Elle est circulaire, ses bords sont affaissés, comme cicatrisés. Son siège est la première portion du duodénum immédiatement au-dessous du pylore. La muqueuse est saine tout autour. L'estomac et le reste de l'intestin sont également sans altération. On ne s'aperçoit pas qu'une substance alimentaire se soit épanchée dans le péritoine. Une fenêtre est pratiquée à la paroi thoracique au devant de la cavité mentionnée, et celle-ci s'offre à la vue dans toute son étendue; étroite en arrière, elle est très large en avant, où elle s'étend de la 4^e côte au rebord cartilagineux du thorax. Les parois sont fixes et ne peuvent se rapprocher, aucun liquide dans son intérieur, aucune trace de substance en décomposition. Un examen attentif fait voir qu'elle siège dans le péritoine et qu'elle est limitée en bas par le foie, recouvert d'une épaisse fausse membrane que l'ongle peut décoller, en haut par le diaphragme qui adhère à la base du poumon, en dedans par le ligament suspenseur du foie et immédiatement par le médiastin, en avant par la paroi thoracique qui tapisse le diaphragme, enfin en arrière par le ligament coronaire.

Le bord antéro-externe et inférieur se trouve fermé par le colon, qui adhère, au moyen de fausses membranes, au foie, à la paroi thoracique et à quelques circonvolutions de l'intestin grêle.

Il n'existe aucune communication entre cette cavité et les bronches; on s'en assure en la remplissant d'eau et en abouchant un soufflet au larynx; l'air, quoique poussé avec force, ne vient produire aucune bulle à la surface du liquide.

Le foie est sain, à part son enveloppe séreuse qui est enflammée; les voies biliaires n'ont rien d'anormal, la vésicule est petite et les conduits sont perméables.

La plèvre présente partout des traces d'inflammation, mais surtout à la partie postérieure et inférieure; sa cavité a disparu par suite des adhérences établies entre les feuillets opposés. Il existe beaucoup de fausses membranes et quelques dépôts de pus crémeux en divers points. Le poumon est simplement congestionné à sa base et les bronches contiennent un peu de mucus. Pas de tubercules.

Le poumon gauche est sain.

Les reins, la rate, le cœur, n'offrent point d'altération.

OBSERVATION VI. — *Note sur un cas de périhépatite suppurée primitive, avec formation d'un énorme abcès fétide situé entre la face inférieure de diaphragme et la face supérieure du foie, et ayant donné lieu à tous les signes d'un hydropneumothorax* (RIGAL, agrégé à la Faculté, médecin des Hôpitaux. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1874).

Le sujet de cette observation est un homme de 50 ans, d'une bonne santé habituelle, n'accusant comme maladies antérieures qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 22 ans et quelques douleurs rhumatismales disséminées dans les muscles et les articulations, sans grande intensité du reste.

Le malade, étant affecté d'une surdité très prononcée, ses renseignements ne doivent être acceptés qu'avec une certaine réserve, vu la difficulté qu'on éprouve à l'interroger convenablement.

La maladie a débuté brusquement et sans cause appréciable par des phénomènes de catarrhe intestinal, coliques et diarrhée, auxquels succèdent au bout de vingt-quatre heures un frisson, de la dyspnée et une douleur vive dans l'hypochondre gauche ; cette douleur gagne bientôt l'épigastre et s'y localise.

Le 18 juin, au moment de l'entrée à l'hôpital le quatrième jour de la maladie, on constate la plupart des signes d'une affection aiguë de l'appareil respiratoire : facies anxieux, toux et dyspnée, cyanose légère des lèvres, des pommettes et des extrémités ; fièvre bien marquée, 90 pulsations et 39° ; râles muqueux, fins, disséminés dans les deux poumons, tant en avant qu'en arrière, mais prédominants aux bases, légère respiration soufflante dans la fosse sous-épineuse. Expectoration muqueuse, crachats peu adhérents. A la pointe du cœur, on perçoit un bruit de souffle très doux et très léger.

Le malade accuse une douleur très vive au niveau de l'épigastre, principalement dans la moitié droite de cette région. Cette douleur est exaspérée par la pression, elle ne s'irradie ni dans les hypochondres ni dans l'abdomen. Il n'existe aucune sensibilité douloureuse ni sur le trajet du nerf phrénique, ni au-dessous du rebord costal.

On porte le diagnostic suivant : Foyer de pneumonie centrale dans le poumon droit, bronchite aiguë et congestion pulmonaire. On émet l'idée d'une péri-hépatite pour expliquer la douleur très vive de l'épigastre, mais sans affirmer ce diagnostic. — Ventouses scarifiées. Potion de Todd.

Pendant les dix jours qui suivent l'entrée du malade à l'hôpital, l'état général reste à peu près le même : la température se maintient entre 38° 2 et 38° 3, le pouls varie entre 80 et 90 pulsations, les forces diminuent, mais avec grande lenteur ; l'alimentation se fait d'une manière imparfaite, il y a de l'anorexie, le malade se contente de quelques potages ; il n'y a pas de diarrhée, il existe plutôt une légère constipation.

Les symptômes pulmonaires subissent les modifications suivantes : le sixième jour de la maladie le souffle bronchique, entendu dans la fosse sous-épineuse droite, devient plus accusé, mais en restant toujours éloigné, la matité est plus prononcée ; le huitième jour, le souffle est mélangé de râles sous-crépitaux qui disparaissent vers le onzième jour. Cette évolution confirme le diagnostic de pneumonie centrale très circonscrite porté le jour de l'entrée.

Les signes de bronchite aiguë généralisée persistent sans beaucoup de changements, l'expectoration reste toujours muqueuse, les crachats ne sont pas visqueux.

Pendant cette période de 10 jours, la dyspnée et la cyanose sont hors de proportion avec les phénomènes thoraciques constatés par la percussion ; aussi, surveille-t-on le cœur avec le plus grand soin. On entend toujours le léger bruit de souffle de la pointe ; de plus, au 10^e jour de la maladie, on perçoit un bruit de frottement double indiquant qu'il s'est développé une péricardite sèche.

Pendant ce même [temps, la douleur épigastrique persiste avec une grande violence, le malade s'en plaint sans cesse ; elle s'irradie parfois dans l'hypochondre gauche ; mais elle reste toujours prédominante à l'hypogastre ; cette région devient le siège d'une tuméfaction notable qui donne un son tympanique à la percussion ; la tuméfaction s'étend aux hypochondres, qui sont comme déjetés en dehors. Toute la base de la poitrine est distendue, dilatée, sans que l'on

puisse s'expliquer la cause de cette distension. Le volume du foie est normal, cet organe déborde d'un travers de doigt le rebord costal ; mais sa ligne de matité supérieure commence seulement à trois travers de doigt au-dessous du mamelon. Partout la percussion accuse une sonorité très marquée, partout on entend le murmure respiratoire.

On comprend qu'il existe quelque chose d'anormal à la base de la poitrine ; mais le diagnostic reste en suspens. On émet l'hypothèse d'une pleurésie diaphragmatique avec épanchement abondant ; mais l'absence de tout déplacement des viscères, de toute matité, de toute douleur sur le trajet des nerfs phréniques, l'égalité dans la distension des hypochondres établie par la mensuration ne permettent pas d'asseoir cette hypothèse sur des bases solides.

Le 30 juin, seizième jour de la maladie, on entend pour la première fois une respiration amphorique, bien nette au niveau de l'angle de l'omoplate, à la partie la plus inférieure du creux axillaire. Le lendemain ce phénomène est plus accusé et on perçoit, en outre, du tintement métallique et le bruit de flot par la succussion hippocratique. On conclut à l'existence d'un hydropneumothorax dans lequel la collection liquide et gazeuse occuperait une cavité comprise entre la face inférieure du poumon et le diaphragme, des adhérences pleurales limitant cette cavité sur les côtés et maintenant le poumon en contact avec la paroi costale.

Les jours suivants le malade s'affaisse de plus en plus, la fièvre est continue à 38°4 en général, il existe des sueurs abondantes ; mais il n'y a ni diarrhée, ni vomissements, ni ictère. Ces accidents morbides, du reste, ont manqué pendant toute la durée de la maladie.

Le 5 juillet, vingtième jour de la maladie, en palpant l'épigastre on remarque que la paroi abdominale s'indure et on sent une fluctuation profonde ; de plus, la sonorité qui existe dans le décubitus horizontal fait place à une matité bien nette quand le malade est assis.

En présence de ces signes d'une collection liquide, on fait une ponction au centre de la moitié droite de l'épigastre avec l'appareil Potain et on retire 750 grammes d'un pus grisâtre, mal lié, très

fétide. On a la sensation que la pointe du trocard joue librement dans une vaste cavité.

On applique alors une large trainée de caustique de Vienne ; dans la soirée on en fait une nouvelle application ; le lendemain, 6 juillet, on fend l'eschare et on pénètre dans une large cavité d'où s'écoule une grande quantité de pus fétide mêlé de gaz (au moins un litre). A travers l'ouverture on reconnaît la face convexe du foie ; on peut parcourir avec le doigt une partie de la face inférieure du diaphragme et sentir à travers le centre phrénique le cœur battre dans la main. On fait des lavages répétés avec de l'eau alcoolisée.

L'état général s'aggrave de plus en plus : 128 pulsations, respiration anxieuse ; sueurs profuses, subdélirium.

La mort survient le 7 juillet.

A l'autopsie on constate les lésions suivantes :

Pleurésie sèche à droite, généralisée, les plèvres sont unies par des adhérences molles qui se déchirent facilement et qui paraissent de formation récente.

Le tissu du poumon droit est fortement congestionné, un peu friable, lisse à la coupe. Le lobe inférieur du poumon gauche est également le siège d'une congestion notable.

Dans le péricarde, lésions d'une péricardite fibrineuse intense sans épanchement.

Le cœur est un peu volumineux ; les valvules sont saines et paraissent suffisantes.

La face antérieure de l'estomac est fortement adhérente à la paroi abdominale ; ce viscère adhère aussi au foie, qui lui-même est uni à la paroi abdominale par des adhérences très solides. Il résulte de ces adhérences une vaste cavité formée en haut par la face inférieure du diaphragme, en bas par la face convexe du foie dans toute son étendue, et par une partie de la paroi antérieure de l'estomac. Cette cavité s'étend d'une hypochondre à l'autre, et c'est elle qui a été le siège de la phlegmasie suppurée dont nous venons de rapporter l'histoire. Dans cette cavité, on trouve encore une certaine quantité de pus fétide ; la portion de la capsule de Glisson qui fait partie

de sa paroi est légèrement épaissie et parsemée de petites granulations constituées par une néoplasie conjonctive.

Sur la muqueuse stomacale, un peu au-dessus de la grande courbure, sur la paroi postérieure et à 4 centimètres du pylore, on voit deux cicatrices plissées anciennes, l'une arrondie, l'autre allongée, de l'étendue d'une pièce de 1 franc ; ces cicatrices ont succédé à des ulcères de l'estomac d'ancienne date ; les renseignements fournis par le malade ne permettaient pas de soupçonner l'existence de cette lésion ; mais on ne doit pas oublier qu'une surdité très prononcée entravait singulièrement l'interrogatoire au sujet des commémoratifs.

Le tissu propre du foie n'était le siège d'aucune altération. Les adhérences que sa face convexe avaient contractées avec la paroi abdominale empêchaient tout déplacement notable vers la cavité de l'abdomen.

OBSERVATION VII. — LEVISON. — *Nordiskt.*

Médecin archiv., 1876.

Ouvrière, 22 ans. — En janvier 1874, hématomèse assez abondante avec douleurs cardialgiques violentes.

Le 10 septembre. — Douleurs vives dans l'hypochondre gauche.

Le 13 elle entre à l'hôpital de Frédéric à Copenhague avec tous les symptômes d'une péritonite produite par un ulcère perforant de l'estomac.

Quelques jours plus tard, la percussion de la région sous-scapulaire gauche donna un son tympanique dans une étendue de 3 à 4 centimètres tandis que l'on constate un son mat au-dessus et au-dessous de cette zone tympanique.

Deux jours après, le son tympanique est entendu dans le dos jusqu'à l'épine de l'omoplate. — En même temps, souffle et résonnance amphorique.

Diagnostic. — Pyopneumothorax causé par perforation du diaphragme.

Pour soulager la malade, on pratique deux ponctions dans le 7^e et

le 8^e espace intercostal. — Issue d'une grande quantité de gaz mais pas de liquide.

Les signes stéthoscopiques restent à peu près les mêmes.

Mort quelques jours après à la suite de diphtérie.

Autopsie. — Adhérences récentes entre l'estomac, le lobe gauche du foie, la rate et le diaphragme limitant une cavité contenant des gaz, et un peu de pus et qui communiquait avec l'estomac au moyen d'une perforation ulcéreuse.

Les organes contenus dans le thorax sont sains.

Le trocart avait perforé le diaphragme refoulé en haut.

OBSERVATION VIII. — *Abcès péritonéal situé à la face supérieure du foie, avec perforation dans le poumon droit présentant les signes d'un pyopneumothorax du même côté.* (PFUHL, *Berlin. klin. Wochens.*, 1877, p. 57).

Le 19 décembre 1876, entre à la clinique une jeune fille, domestique, âgée de 23 ans.

Aspect très abattu. Prostration.

Parents bien portants. La malade aurait été longtemps chlorotique, aurait eu des maux de tête, des troubles cardiaques. Variole en 1872.

Réglée à 20 ans, menstruation normale.

Plus tard la santé de la malade s'améliora pendant quelques années, elle fut bien portante et assez robuste — jamais d'affections thoraciques. — Vers la fin de novembre 1876, la malade commença à s'affaiblir — elle se plaignait de frissons suivis de stades de chaleur.

Apparition de douleurs dans la région stomacale et dans la partie inférieure du côté droit de la poitrine; — perte de l'appétit. — Néanmoins la malade pouvait ingérer toutes sortes d'aliments sans éprouver de nausées et vaquer complètement à toutes ses occupations pénibles.

La faiblesse augmentant, la malade dut se mettre au lit le 16 décembre.

Le soir de ce jour, subitement, fièvre et frissons et apparition de vives douleurs dans la moitié droite du thorax en arrière, et en bas dans le côté. — Douleurs exagérées par la respiration et s'accompagnant d'une forte dyspnée. La malade entre ce même jour dans notre service.

20 décembre matin. État actuel.

La malade assez grande, de constitution robuste, — bien musclée et assez grasse — est couchée dans le décubitus latéral. — Visage amaigri — les joues et les lèvres pâles, un peu cyanosées. — Expression de souffrance de la physionomie. — Intelligence intacte. Peau très chaude (38° 5 dans l'aisselle), un peu humide, — pâleur, — quelques taches rosées disparaissant à la pression, — pas d'œdème. — Pouls, 120, assez fort. — Haleine courte.

Douleurs dans les régions postérieure et inférieure du côté droit de la poitrine. — Ces douleurs sont accrues par les mouvements respiratoires et obligent la malade à rester dans le décubitus latéral.

Douleurs dans la gorge, sensation d'étranglement, grande faiblesse, perte d'appétit, soif vive, langue rouge, sèche. Isthme du gosier et amygdales rouges recouverts d'un enduit gris jaunâtre. Diarrhée. Thorax normal et solidement conformé. Le côté droit surtout à partir de la 4^e côte est fortement amplifié et plus saillant que le côté gauche. La voussure est surtout manifeste à partir de la 6^e côte jusqu'au rebord du thorax. A ce niveau la peau est luisante, tendue et quelque peu œdématiée.

La pression est très douloureuse au niveau des derniers espaces intercostaux.

Respiration, 32, type costal supérieur avec jeu des muscles accessoires respirateurs du cou. Ailes du nez battantes.

Le côté droit ne participe pas aux mouvements respiratoires même dans les grandes inspirations.

Point de côté très violent, un peu de toux brève, sèche. Expectoration muco-purulente. A la percussion (dans le décubitus dorsal) on trouve : en avant et dans la fosse sus-claviculaire droite, son clair-élevé, un peu tympanique.

Sous la clavicule, son très élevé, profond, manifestement tympa-

nique, jusqu'à la 4^e côte où commence une matité manifeste. Le son clair, tympanique, s'étend vers la gauche à 2 centimètres au-delà du bord gauche du sternum dans une hauteur de 2 espaces intercostaux. Dans le 4^e espace intercostal, il atteint seulement le bord gauche.

La matité cardiaque, nettement appréciable, déplacée à gauche, commence à 2 centimètres du bord sternal à la hauteur de la 2^e côte et descend jusqu'à la 5^e côte.

La pointe dans le 4^e espace intercostal est nettement perceptible sur la ligne axillaire.

Auscultation. — Respiration normale en avant et à droite sous la clavicule jusqu'à la 4^e côte. — On entend à la fin de l'inspiration quelques râles discrets.

Disparition complète de la respiration même en inspiration forcée à partir de la 5^e côte.

À gauche et en avant, la respiration s'entend partout avec quelques râles ronflants et sibilants. — Bruits du cœur normaux.

En arrière, à droite et en bas, le thorax présente une voussure notable. — Les espaces intercostaux sont saillants.

La percussion dans la fosse sus-épineuse droite donne un son clair profond qui, à partir de l'épine de l'omoplate devient nettement tympanique. — Vers le tiers inférieur de l'omoplate commence la matité qui devient absolue à partir de l'angle inférieur. Latéralement, matité à partir de la 5^e côte. Au-dessus son clair et tympanique.

L'auscultation à droite et en arrière fait entendre en haut un murmure vésiculaire affaibli avec râles discrets, faibles. Le murmure vésiculaire s'affaiblit de plus en plus et disparaît au niveau de l'angle de l'omoplate.

Vibrations thoraciques faibles en haut, nulles en bas. Côté gauche normal à la percussion. — Toux rare, sèche. — Expectoration nulle.

Examen de l'abdomen. — Hypochondre droit, légèrement ballonné, les autres régions sont restées au-dessous du niveau du thorax. — Paroi abdominale un peu tendue. — À la percussion, son clair et fortement tympanique. — Matité seulement dans l'hypocon-

dre droit jusqu'à une ligne passant par l'ombilic. — La palpation n'est pas douloureuse dans l'hypogastre ; par contre, elle est très sensible à l'épigastre et à l'hypochondre droit. — A ce niveau, rénitence dure, en imposant pour le lobe gauche du foie.

Au niveau de l'ombilic, on sent le bord dur du foie. — Point de fluctuation. La limite supérieure du foie se confond avec la matité décrite au niveau du thorax. Vers la gauche, la matité dépasse la ligne médiane d'un travers de main.

L'espace de Traube n'est pas diminué, la matité de la rate n'est pas augmentée.

Urines normales.

On porte le diagnostic de pleurésie droite.

21 décembre — Même état.

22. — On constate la respiration amphorique avec succussion hippocratique. — Temp. 38°, 7. P. 112. R. 28. — Urine, 200, densité, 1007, traces d'albumine.

A l'examen du thorax, on trouve en avant et à droite à la percussion les mêmes signes que le 20 décembre. De même en arrière.

A l'auscultation par contre, en arrière, à partir du milieu de l'omoplate sur une surface de la largeur de la main et en inspiration profonde, — respiration avec bruits nettement amphoriques. — Toux à timbre métallique dans les mêmes points. — Mêmes symptômes latéralement jusqu'à la ligne mamelonnaire où ils disparaissent.

Dans la fosse sus-épineuse droite et en avant jusqu'à la 4^e côte, respiration faible et purement vésiculaire sans râle.

En secouant la malade par les épaules on entend, même de loin, un clapotage nettement métallique et très clair.

Les limites antérieures de la matité varient avec la position du malade. — Dans la position debout, elle s'élève jusqu'à la 5^e côte. Dans le décubitus, elle descend et va jusqu'à la 4^e côte.

Rien d'anormal au poumon gauche.

On diagnostique cette fois, pneumothorax droit.

On pratique avec succès une ponction le 23 décembre.

23 décembre. — Insomnie. — Dyspnée augmentée.

La malade est assise dans son lit. Facies fortement grippé :

Les douleurs dans le côté droit de la poitrine déterminent des plaintes vives. Oppression. — T. 39° P. 108, imperceptible. R. 36. Urine 200 gr. densité 1021, à 9 heures, frisson. T. 40° 2, pouls 120.

Nouvel examen minutieux des organes de la respiration. — On retrouve exactement les phénomènes métalliques perçus la veille à 11 heures. — Ponction dans le 5^e espace intercostal entre la ligne axillaire et mamillaire avec un appareil Potain.

L'exsudat retiré, au début peu liquide puis plus épais, de consistance crèmeuse, jaune pâle, présentait une odeur fortement pénétrante et putride. Un examen de la seconde moitié de l'exsudat au microscope montre peu de globules de pus intacts. La plupart sont en désintégration. Nombreux cristaux d'acides gras (acide margarique). — Dans le dépôt du pus, *nombreuses bactéries* de la putréfaction en pleine vigueur et mobilité, appartenant en grande partie à des cocci, très peu de bâtonnets, et quelques chaînettes de 2 à 4 articles. — En outre, plusieurs colonies de microcoques peu nombreux. Cristaux rhomboïdaux et facilement reconnaissables d'hématoidine. — Gouttelettes graisseuses, noyaux nombreux mis en liberté et provenant des globules de pus.

On évacue un litre de liquide. Le cœur reprend sa place. La pointe dans le 4^e espace bat un peu en dehors de la ligne mamillaire gauche. Pendant la seconde évacuation la malade se plaint de point de côté et de dyspnée. — On arrête l'opération, la dyspnée augmente — pouls petit, râles trachéaux et 10 minutes après le début de l'opération, malgré les stimulants, la mort survient.

Autopsie faite par GRAVITZ le 24 décembre.

A l'ouverture de l'abdomen, les organes, depuis la ligne médiane à droite, du diaphragme à l'ombilic sont adhérents à la paroi abdominale.

En cherchant à rompre les adhérences on tombe dans une cavité purulente immense d'où s'échappe une quantité de plusieurs litres de pus, gris jaunâtre et putride.

L'estomac se laisse facilement séparer de la masse formée par le foie, la paroi abdominale et l'intestin soudés entre eux.

En voulant ouvrir le duodénum on trouve une large ouverture arrondie, ovale, longitudinalement au diamètre de « 10 pfennigs ».

Il se laisse cependant facilement séparer de la paroi de la cavité purulente.

L'abcès est plus gros que la tête d'un enfant, limité en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament suspenseur, en bas par la face supérieure du lobe droit du foie, en dehors et en avant par des adhérences avec la paroi abdominale et le duodénum. Sa paroi est couverte de fausses membranes fibrineuses qui siègent principalement à la face inférieure du diaphragme.

Le poumon droit est soudé à sa base au diaphragme par des adhérences récentes et solides. Si on l'insuffle, l'air s'échappe par une ouverture du diamètre d'une tête d'épingle, siégeant à la région moyenne de la portion adhérente établissant une communication entre le poumon et la cavité purulente.

Au niveau du point, où cette issue d'air se faisait au travers du diaphragme, dans la cavité purulente, le poumon présentait une zone de tissu nécrosé de 4 millimètres environ.

Les autres parties, en dehors des lésions de compression, ne présentaient rien d'anormal.

Il s'agissait en somme d'un ulcère perforant du duodénum avec péritonite circonscrite et perforation du poumon droit. Il y avait également pleurésie diaphragmatique adhésive droite.

OBSERVATION IX (Résumée). — *Abcès entre le foie et le diaphragme contenant de l'air* (C. EISENLOHR, Berlin. *Klin. Wochens.*, 1877, n° 39, p. 539, in thèse de DESCHAMPS, *Péritonite péri-hépatique enkystée*, 1886).

Jeune femme de 24 ans presque dans le collapsus au moment de son entrée à l'hôpital. On a pu cependant savoir qu'elle souffrait depuis longtemps de douleurs à l'épigastre et qu'elle était atteinte depuis trois semaines de péritonite diffuse.

Signes de péricardite et de pleurésie gauche avec râles sous-crè-

pitants isochrones aux mouvements du cœur et du poumon dans la région postéro-inférieure du thorax.

Vomissements, délire, mort le lendemain.

Autopsie. — Péritonite diffusé. Nombreuses adhérences des anses intestinales entre elles. Infiltrations semblables le long du cœcum et du colon ascendant jusqu'au-dessus du foie. Entre la partie supérieure du foie et le diaphragme une cavité remplie de pus verdâtre, d'odeur infecte et de gaz, communiquant avec l'intérieur de l'estomac par une perforation de la paroi postérieure de ce dernier.

Contrairement à ce que l'on avait cru constater pendant la vie, la plèvre et le péricarde sont sains.

OBSERVATION X (Résumée). — *Abcès entre le foie et le diaphragme contenant de l'air* (C. EISENLOHR, Berlin. *Klin. Woch.*, 10 septembre 1877 in thèse de DESCHAMPS, *Péritonite péri-hépatique enkystée*, 1886).

Ch. T..., 18 ans, apprenti tailleur.

24 janvier. — Début de l'affection par des vomissements, douleurs abdominales, frissons, constipation.

1^{er} février. — Symptômes de typhlite et de pérityphlite.

2. — Ballonnement du ventre qui est sensible à la pression. Jusqu'au 6 la marche de l'affection est celle d'une péritonite par perforation qui se serait localisée dans un point très circonscrit par la fermeture rapide de la perforation.

8. — Douleurs vives dans l'hypochondre droit et dans le dos. Tympanisme de l'angle de l'omoplate à la 12^e côte ; souffle bronchique intense.

12. — Bon état relatif, le tympanisme ne commence qu'à la 9^e côte pour s'étendre jusqu'à la base du thorax.

15. — Bruit de frottement à la pointe du cœur ayant sa plus grande intensité au maximum de l'inspiration.

16. — A droite, en avant, la matité du foie commence à la 6^e côte. Au-dessus le murmure vésiculaire est fort. En arrière, dans la

fosse sous-épineuse, affaiblissement de la sonorité; au-dessous de l'angle de l'omoplate, tympanisme à timbre métallique. A gauche inspiration et expiration bronchiques.

16. — Apparaît entre la 5^e et 6^e côte, en avant, du tympanisme à timbre métallique; du côté du sternum le foie s'étend de la 7^e côte jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. Matité cardiaque jusqu'au bord gauche du sternum. Frottement péricardique persistant. Poumon gauche normal. Pas de douleur, pas de dyspnée, peu de sommeil. On diagnostique une cavité contenant de l'air entre le foie repoussé vers l'abdomen et le diaphragme refoulé dans la cavité thoracique.

17. — Nouveaux changements : sur toute la paroi thoracique à droite et en avant jusqu'à la 7^e côte le son est devenu tout à fait tympanique, le murmure respiratoire est affaibli. En arrière, vers le milieu de l'omoplate, un peu de tympanisme : au-dessous sonorité fortement tympanique, timbre métallique, moitié droite du thorax très dilatée; espaces intercostaux supérieurs repoussés en avant : de la clavicule à la base du thorax son tympanique près du sternum très affaibli sur le côté. En asseyant le malade le son de la paroi thoracique antérieure devient plus élevé mais reste toujours nettement tympanique. De la clavicule jusqu'à la 3^e côte, forte respiration bronchique; au-dessous pas de murmure respiratoire. En arrière et à droite, dans le voisinage de l'angle de l'omoplate, respiration métallique. Cœur un peu dévié à gauche. Persistance de bruits péricardiques. La dyspnée s'empare du malade le 19, et il meurt dans le collapsus le 21.

Autopsie. — La paroi abdominale antérieure a contracté des adhérences avec les anses intestinales du côté droit, la partie supérieure du côlon ascendant, le côlon transverse, la moitié droite de l'épiploon et le bord antérieur du foie. Mêmes lésions autour du cœcum. Teut autour, pus gris verdâtre descendant jusque dans le petit bassin. Foie abaissé; un peu de pus entre sa face inférieure et le côlon transverse. Entre la face convexe du foie et le diaphragme cavité spacieuse remplie d'air et de pus floconneux verdâtre. Cette cavité communie, à travers une perforation du diaphragme, avec

la plèvre droite qui contient des gaz et une grande quantité de pus jaunâtre. Poumon droit ratatiné et vide d'air. Poumons et plèvre gauches sains. Dans le médiastin antérieur derrière le bord gauche du sternum, foyer purulent de la grosseur d'une noisette. Péricardite fibrineuse. Lésions d'entérite du gros intestin et surtout du côlon ascendant. Sur l'appendice vermiforme deux ulcérations de la muqueuse cicatrisées ; il contient deux petites masses stercorales. C'est probablement là le point de départ des accidents.

OBSERVATION XV. — SAENGER, *Arch. f. Heilkunde*, 1878, p. 246.

Wittmann, femme, 39 ans, garde-malade. Bonne santé habituelle.

Il y a 3 ans a souffert de l'estomac : gonflement de l'épigastre, selles irrégulières. Ces symptômes cessèrent au bout de quatre semaines au point que la malade n'éprouvait plus que de rares et légers malaises.

En fin mars 1877. — Nausées sans vomissements. — Céphalée, frissons, perte d'appétit ; selles diarrhéiques. — La malade ne fit point attention à ces phénomènes et continua encore pendant 14 jours son travail.

4 avril. — Subitement, douleurs vives à l'épigastre accrues par la respiration ; dyspnée, perte de connaissance de peu de durée.

Une 1/2 heure après, nouvelle crise moins vive sans perte de connaissance.

État actuel. — Malade bien constituée, langue blanche, respiration plutôt costale qu'abdominale.

Percussion et auscultation. — Le foie difficile à délimiter en raison d'une sonorité tympanique siégeant à son niveau. Abdomen très gonflé, tendu. Douleur à la pression surtout du côté gauche.

7. — Règles. Amélioration (diagnostic : embarras gastrique aigu. Coliques utérines). Température normale, pouls petit, il tombe peu après de 120 à 100-72, la respiration tombe de 32 à 28 et la malade se lève.

14. — T. 39°8. Respiration 40. Dyspnée. Point de côté gauche violent.

A l'examen de la poitrine on trouve à gauche, en avant, à partir de la 3^e côte, matité à la percussion, respiration affaiblie, absence de vibration. En arrière à gauche à partir de la 5^e vertèbre dorsale en descendant, matité et vibrations nulles. Près de l'omoplate à côté de la colonne vertébrale, respiration bronchique qui va en s'affaiblissant en descendant.

Il y avait donc une pleurésie exsudative gauche de nature inconnue. Les jours suivants, la température varie de 38° 4 à 40° 4. Pouls 124-110. Respiration 40-37. Malade affaiblie.

20. — Face pâle, un peu jaunâtre. Conjonctives non ictériques. Langue sale, sèche, mêmes symptômes thoraciques. Foie difficile à délimiter en raison du météorisme. Abdomen ballonné sensible à l'épigastre sans douleurs spontanées. Rate 15 centimètres, urine rouge claire.

Les 23 jours suivants, rien de particulier à noter. Température ne dépassant pas 39° 5.

La pleurésie ayant l'air de rétrocéder on surseoit à l'opération.

18 mai, matin. T. subite de 40°. Respiration 44. Douleurs dans l'hypochondre gauche augmentées. Frisson. Vomissement de matières vert jaune, sueurs, pouls petit, fréquent, 130. En arrière, à gauche, la matité est augmentée et s'étend jusqu'à la moitié de l'omoplate. Rien de plus à noter.

Diagnostic. — Accroissement de l'exsudat pleurétique avec léger collapsus.

T. vespérale 37° 8 (!) pouls 104, respiration 36.

19 — Apparition d'aphonie sans douleurs du côté du larynx.

Affaïssement considérable. Aspect cachectique.

A l'examen du poumon : mêmes signes.

Abdomen revenu sur lui-même, facile à palper.

Au bord inférieur du foie qui déborde de 3 travers de doigt on sent quelques nodosités qu'on ne peut pas sûrement attribuer au foie ; épigastre assez dur, tendu, lisse, sensible à une pression forte. A la percussion, sonorité. Point de toux, point d'expectoration. Pouls petit à peine sensible.

Diagnostic : compression mécanique du récurrent gauche, carci-

nome, ulcère de l'estomac. Exacerbation de la pleurésie existante.

T. 37°4. Respiration 40 (!).

20. — Ponction exploratrice dans le 6^e espace intercostal, pus putride.

T. 36°4. Respiration 44.

21. — Collapsus augmente, dyspnée. Douleurs de l'hypochondre accrues. Œdème de la région.

Vers 12 heures du matin ponction avec le trocart de Billroth qui donna 1500 gr. de pus liquide jaune putride.

Pendant l'opération il y eût échappement de gaz de la poitrine. Après l'opération en arrière jusqu'à la 9^e ou 10^e vertèbre dorsale sonorité claire tympanique métallique. En avant et de côté id. jusqu'à la 7^e côte. Le soir la malade est très faible. Elle a cependant dormi quelques heures dans l'après-midi. Même aphonie. L'exsudat ne s'est pas encore reproduit.

Quand le pouls se fut relevé nous avons pénétré avec une sonde dans la plaie de ponction et avec un bistouri boutonné nous avons agrandi l'ouverture et introduit un drain.

Évacuation encore de 600 cent. 3/4 de pus sanguinolent.

22 mai, après-midi. — T. 37°8. Pouls 96, respiration 36 à 40. Insomnie, grande faiblesse, somnolence diurne avec délire. Intelligence conservée. Lavage de la plèvre avec solution d'acide salicylique. Après deux injections le liquide sort clair, pas d'augmentation de la dyspnée. Les jours suivants. amélioration. T. un peu plus élevée. Pouls plus fort, respiration 28-44.

Diagnostic. — Ulcère perforant de l'estomac ayant perforé le diaphragme et produit une péritonite enkystée et un empyème. En effet, comme les symptômes de pyopneumothorax manquaient, on ne pouvait rapporter l'air qui s'était échappé qu'à l'estomac.

Jusqu'au 30 mai la quantité de liquide injectée diminuait de plus en plus.

Le pus évacué est toujours putride ; au voisinage de l'ouverture de l'incision, partout respiration vésiculaire faible (adhérence du poumon).

Mort dans la nuit du 2 juin.

Autopsie. — Thorax bien proportionné, bombé au sommet ; sur la ligne axillaire antérieure dans le 5^e espace intercostal, orifice circulaire de la grandeur d'une pièce de 20 pfennings, conduisant dans l'intérieur du thorax et contenant un drain.

Abdomen assez déprimé à l'ouverture du ventre.

Après la section des côtes et l'enlèvement du plastron thoracique on constate les faits surprenants suivants : la voussure gauche du diaphragme s'élève jusqu'à la 6^e côte très bombée supérieurement, elle sépare transversalement la cavité pleurale dont la moitié est occupée par le poumon ramassé et comprimé contre la colonne, et tapissé de fausses membranes jaune verdâtre, d'une cavité sous-diaphragmatique contenant du pus de mauvais aspect gris vert, putride.

Cette cavité bien encapsulée s'étend transversalement du ligament suspenseur du foie jusqu'à la convexité de la rate soudée du diaphragme, c'est-à-dire de la face supérieure du lobe gauche du foie un peu repoussé en haut et de la convexité de la rate jusqu'en haut vers le diaphragme. Celui-ci limite la cavité en haut, en dehors, en avant ; le ligament suspenseur la limite en dedans ; la convexité de la rate, et le lobe gauche du foie à l'exception d'une petite bande adhérente, la limitent inférieurement. Les parois de cette cavité sont tapissées avec des fausses membranes molles, déchiquetées, décortiquables, vert noirâtre.

En ouvrant l'estomac le long de sa grande courbure on voit dans le point correspondant aux adhérences avec le foie, un ulcère intéressant en partie la muqueuse, mesurant 3 ou 4 centimètres transversalement. Ulcère taillé à pic, comme à l'emporte-pièce, s'étendant jusqu'à la séreuse dont l'irritation détermina les adhérences entre le foie et l'estomac. Le bord de l'ulcère ne forme point de bourrelet mais est résistant.

Le fond de l'ulcère et la muqueuse ont une teinte jaunâtre, de l'ulcère partent des plis de l'estomac en forme de rayons, qui le font paraître plus profond, l'estomac est vide, la muqueuse est visqueuse, sans couleur.

Du fond de l'ulcère part une fistule admettant un fin stylet, qui

conduit à travers les adhérences jusqu'à la surface du lobe gauche du foie et par suite jusque dans la cavité putride sus-jacente. — Celle-ci en communication avec l'estomac n'y déverse cependant pas ses produits. La convexité supérieure de la rate est recouverte d'un enduit de mauvais aspect gris verdâtre. Les capsules de la rate et du foie sont épaissies et recouvertes d'exsudat putride de même aspect que ceux de toute la cavité.

La rate est tuméfiée, en partie soudée au diaphragme ramolli.

Foie normal dans ses 2 lobes.

Correspondant au point où l'exsudat putride situé entre le foie et le diaphragme, occupe le niveau le plus élevé, près de l'adhérence du diaphragme avec la rate, celui-ci est perforé par une fistule arrondie admettant une grosse sonde et conduisant dans la plèvre, et du fait de la fistule opératoire celle-ci formait, en communiquant avec l'atmosphère, une cavité étendue du diaphragme au sommet de la poitrine en hauteur, de la paroi thoracique au poumon ratatiné en profondeur, tapissée de fausses membranes molles détachables, jaune-vertes dont plusieurs très larges étendues entre la paroi et le poumon divisaient la cavité pleurale en espaces communiquant entre eux. En détachant les adhérences multiples on arrive sur la plèvre pulmonaire fortement dépolie même dans les fissures interlobaires.

La base du poumon gauche en plusieurs points adhère au diaphragme, de telle façon que la libération des adhérences est possible. Dans les fissures interlobaires il y a également des exsudats qui collent fortement les lobes entre eux. Le tissu du lobe inférieur est d'une couleur gris brunâtre; anémié et complètement carnifié — lobe supérieur un peu comprimé, contient néanmoins de l'air — nulle part de foyers d'infiltration. La face interne du péricarde est couverte de masses fibrineuses de 3 millimètres d'épaisseur solidement adhérentes, d'aspect réticulé formant des aspérités. Ces fausses membranes fibrineuses étaient de couleur jaune rouge, formaient des ponts, surtout à la base du cœur, qui reliaient les deux feuillets péricardiques.

Rien au cœur, sauf myocarde anémié.

Dans la plèvre droite un peu de sérosité citrine avec quelques flo-

cons de fibrine. Le poumon droit adhère par sa base au diaphragme. Cette base du poumon est plissée, comprimée, presque dépourvue d'air. Le reste du poumon est emphysémateux et anémié. Dans le côlon ascendant la muqueuse est ardoisée avec trainées rouge-sombre nombreuses.

OBSERVATION XII. — *Sur un cas d'abcès péritonéal siégeant entre le foie, le diaphragme et l'estomac, ouvert dans le poumon. — Mort par gangrène pulmonaire*, par le professeur BERNHEIM (*Revue médicale de l'Est*, 16 décembre 1878, p. 363).

Piernetz (François), âgé de 48 ans, menuisier, entre à la clinique le 23 mars 1878, se plaignant de coliques et de douleurs d'estomac. Bien constitué, habituellement bien portant, cet homme, qui avait quelques habitudes alcooliques, fut pris subitement, sans cause connue, le 16 de ce mois, de coliques vives et de douleurs épigastriques. Ce jour il vomit deux fois. Depuis il n'a plus vomé, mais accuse des renvois, de l'inappétence, un mauvais goût dans la bouche, et de la constipation, qui a été remplacée il y a deux jours, par de la diarrhée (4 selles par jour). Il a eu de la fièvre, pas de céphalalgie ni de vertiges.

A son entrée, le 23 mars au soir, température axillaire 38°8 ; pouls 76 ; respiration 24. Le 24 au matin : T. 37°4 ; pouls 84 ; respiration 24. La langue présente un enduit grisâtre, le ventre est sensible à la palpation, surtout au niveau de l'épigastre ; le malade accuse des douleurs spontanées dans l'hypochondre gauche avec irradiations dans l'épaule du même côté. Le foie, peu sensible à la palpation, dépasse le rebord costal de deux travers de doigt et atteint sur l'axe médian le milieu de l'espace compris entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic. Les urines claires, d'un jaune peu foncé, sont hémaphériques. A l'examen de la poitrine, on constate une expiration un peu prolongée sous les deux clavicules, surtout à droite, en arrière ; des râles secs et muqueux disséminés, plus nombreux à droite qu'à gauche.

Diagnostic. — Catarrhe gastro-intestinal : coliques hépatiques. Tuberculose au début concomitante ?

Cet état persiste sans grand changement pendant plusieurs jours ; la température oscille de 37° 4 le matin, à 38° 2 le soir. Le 26 au matin elle est exceptionnellement de 36° et atteint de nouveau 38° le soir. Le malade se plaint toujours de coliques vives et de douleurs épigastriques, il y a quelques selles diarrhéiques, pas d'appétit. Le 30, la température monte à 38° le matin (pouls 100) 39° 2 le soir (pouls 120) ; le 31, température 38° 2, le matin (pouls 108), 38° 6 le soir (pouls 120).

La persistance de la fièvre, le tracé thermométrique irrégulier, me font modifier mon diagnostic et incliner vers l'idée d'un foyer de suppuration dont on ne peut préciser le siège. Le 31 mars, à 9 heures du soir, en prenant une potion, le malade a eu un accès de toux suivi d'une vomique d'environ 200 grammes de liquide sanguinolent que le microscope démontre constitué uniquement par du sang et du pus. En même temps il ressentit des douleurs abdominales très vives, et à partir de ce moment une oppression intense.

1^{er} avril. — Matin, température 36° 5 ; pouls 116 ; respiration 36 ; les extrémités sont fraîches, le corps est couvert de sueurs froides, l'anxiété est très grande, l'oppression est considérable. Matité hépatique du sixième espace, à deux travers de doigt sous le rebord costal, sensibilité très grande à ce niveau.

A l'examen de la poitrine, respiration rude en avant et à gauche, plus faible à droite. En arrière, sonorité égale des deux côtés, submatité aux deux bases. Expiration soufflante au sommet droit. Bruit vésiculaire, obscur aux bases, râles secs plus nombreux à gauche.

Diagnostic. — Il est certain qu'un abcès s'est ouvert dans les bronches, mais quel est le siège de cet abcès ? Est-ce un abcès du foie ? Ce qui plaide contre cette idée, c'est que cet organe n'a jamais été très sensible. Le maximum de sensibilité à la pression siège dans l'hypochondre gauche, et les irradiations douloureuses se font dans l'épaule gauche. Est-ce un abcès pleural résultant d'une pleurésie diaphragmatique gauche, ouvert dans le poumon ?

Le 1^{er} avril au soir : T. 37°, 3 ; pouls 76 ; respiration 48.

Le 2 au matin : T. 36°, pouls 100 ; respiration 36. Extrémités fraîches, sueurs froides. Pouls petit, dépressible, ventre généralement sensible, le foie ne l'est pas particulièrement. Râles trachéo-bronchiques en avant. En arrière et à droite submatité dans la moitié inférieure, respiration soufflante avec râles trachéaux. A gauche, submatité à la base, bruit vésiculaire rugueux. Le malade meurt dans la journée.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve au-dessus du foie une poche remplie d'air, contenant très peu de pus, qui mesure 18 centimètres transversalement, 5 centimètres 1/2 de haut en bas. La face inférieure du foie et, à sa gauche, le diaphragme, formant la paroi antéro-supérieure ; la face antérieure de l'estomac la paroi inféro-postérieure. La poche commence à 3 centimètres de l'extrémité droite du foie ; à 3 centimètres de son bord antérieur, ses parois sont tapissées d'une membrane molle, grisâtre, chagrinée, peu adhérente, sauf au niveau de l'estomac, où elle adhère intimement à la séreuse ; elle est injectée à ce niveau ; à gauche la cavité se prolonge entre l'estomac et la rate.

Les organes étant en place, si on insuffle de l'air par la trachée, il pénètre dans la poche par un orifice situé dans la partie du diaphragme qui recouvre le côté gauche de la cavité, à 2 centimètres de l'extrémité gauche du foie, dans un point correspondant un peu en arrière du bord antérieur de la base du poumon. Cet orifice, à peu près circulaire, mesure 3 centimètres de diamètre.

En extrayant les poumons, on constate quelques adhérences lâches de la face inférieure du poumon droit, une adhérence intime du poumon gauche au diaphragme, pas d'épanchement pleural.

Dans le poumon gauche, en rapport avec la fistule diaphragmatique, on trouve un vaste foyer gangréneux de teinte gris noirâtre, constitué par un détritux mou, d'odeur fétide, sillonné de brides lâches, foyer occupant toute la moitié inférieure du lobe inférieur ; en arrière, la gangrène a envahi le tissu pulmonaire jusqu'à la surface et a gagné par là le tissu cellulaire compris entre l'aorte, l'œsophage et le rachis, qui constitue une trainée de mortification ayant 3 centimètres de largeur, et s'étendant depuis le milieu de l'œso-

phage jusqu'au bord postérieur du foie. Le poumon gauche est congestionné dans le reste de son étendue, emphysémateux dans son lobe supérieur.

Les lobes inférieur et moyen du poumon droit sont engoués et plongent dans l'eau ; on y rencontre quelques noyaux de pneumonie lobulaire.

L'estomac, dilaté, ne présente aucune altération ni communication quelconque avec l'abcès ; son contenu est purement alimentaire. Le péricarde adhère à la plèvre par quelques fausses membranes purulentes ; il ne contient pas de liquide ; un peu de péricardite sèche, surtout au niveau des oreillettes et des gros troncs de la base ; toute la séreuse est dépolie et présente çà et là quelques fausses membranes faciles à détacher. Le cœur mesure 12 centimètres de la base à la pointe et 11 centimètres transversalement. Les parois sont un peu hypertrophiées, celle du ventricule droit mesure 1 centimètre d'épaisseur, celle du ventricule gauche 2 centimètres. Les valvules sont intactes, le tissu musculaire est rouge et ferme.

Le foie mesure 20 centimètres transversalement, 17 centimètres d'avant en arrière ; sa face supérieure est intacte, son tissu est rouge, uniforme. La vésicule biliaire est adhérente à l'estomac et renferme une bile jaune, fluide ; pas de calcul. Cet organe est donc intact dans son entier et étranger à la lésion.

La rate n'a aucun rapport avec le foyer ; son volume est normal : 12 centimètres de hauteur, 10 transversalement, son tissu est ferme ; la queue du pancréas y adhère.

Les reins sont lisses, assez volumineux, congestionnés.

OBSERVATION XIII. — LEYDEN (*Berlin. Klin. Wochens.*, 1879, p. 320).

En janvier 1878, je fus appelé en consultation près d'un homme de 54 ans, qui souffrait depuis quelques mois de maux d'estomac et qui était considérablement affaibli.

Après presque chaque repas il souffrait dans l'abdomen, — en même temps vomissements — avec trace de sang parfois, — selles irrégulières, — il s'en sentait très incommodé.

Ces signes s'accroissent encore; le malade vomissait tout ce qu'il prenait; constipation opiniâtre. — Le malade éprouva de vives douleurs (coliques) avec ballonnement du ventre au point qu'il dût se coucher. — Installation de la fièvre et d'une douleur dans le côté droit que le malade à son dire, aurait déjà éprouvé au cours d'une pleurésie droite.

Deux jours plus tard, lorsque j'osai faire asseoir le malade je pus constater en arrière et en bas de la matité paraissant correspondre à une pleurésie. — Deux jours plus tard, à un nouvel examen je fus surpris de voir qu'à l'endroit de la matité postérieure il n'y avait plus de respiration mais un souffle manifeste amphorique. — Ma curiosité était piquée et je constatai en faisant un examen soigné ce qui suit: En arrière, à droite, la matité s'étendait jusqu'à l'angle de l'omoplate, au-dessus murmure vésiculaire, inférieurement râles crépitants discrets.

Au-dessous de la ligne de matité, bruits respiratoires remplacés par du souffle amphorique manifeste.

En avant, à droite, à la percussion son plein profond surtout au-dessous de la 4^e côte. — Ce son profond s'étendait jusqu'au rebord des côtes. — Absence complète de la matité hépatique.

Au-dessous du rebord droit des côtes on constatait la matité hépatique s'étendant très bas dans l'abdomen. A la palpation au-dessous du rebord des côtes on pouvait sentir le bord dur du foie à l'auscultation; en avant, à droite, sous la clavicule, murmure vésiculaire pur jusqu'à la 3^e côte, jusqu'à la 4^e en inspiration forcée. A ce niveau se limitent suivant une ligne nette les bruits respiratoires. — De la 4^e côte au rebord costal absence complète de respiration, par contre, souffle amphorique.

Auscultation et percussion associées. Bruits métalliques manifestes. Dans le côté droit en avant, matité considérable; en retournant le malade sur le côté gauche, disparition de cette matité pour faire place subitement à la percussion à un son plein et profond au niveau duquel il n'y a point de bruits respiratoires mais des phénomènes amphoriques.

Vibrations thoraciques évidentes sous la clavicule, absence à partir de la 3^e côte.

Le météorisme a diminué; la pression de l'abdomen est encore très douloureuse surtout au niveau de la moitié droite de l'épigastre. État général assez mauvais, fièvre intense, alimentation modérée, vomissements périodiques.

D'après les résultats de cet examen je n'avais plus de doute qu'il s'agissait d'une collection gazo-purulente sus-hépatique qui avait refoulé en haut le diaphragme et abaissé le foie. Avec la plus grande probabilité, la perforation d'un ulcère de l'estomac pouvait être admise comme la cause de cet état. Les signes physiques dans la partie droite du thorax correspondaient à un pyopneumothorax, mais l'intégrité du poumon au-dessus de la 4^e côte (murmure, vibrations), l'abaissement notable des bruits respiratoires en inspiration forcée, l'absence de toux, d'expectoration, le développement de ces phénomènes concurremment avec des symptômes de péritonite m'amenaient à cette conclusion : qu'il s'agissait d'un pyopneumothorax sous-phrénique.

La toux violente qui se développa dans les derniers jours doit être rapportée à la perforation du poumon. Il fallait se résoudre à laisser mourir le malade ou à chercher à le soulager ; on décida l'opération.

Langenbeck pratiqua une ponction avec un trocart et retira 2 litres de pus putride, puis agrandit au bistouri l'ouverture et draina la cavité. L'introduction du doigt montrait facilement que la cavité était limitée en haut par le diaphragme, en bas par le foie. La cavité se nettoya et diminua un peu — l'état du malade s'améliora — cependant la fièvre persistait — l'alimentation restait faible — les vomissements périodiques persistèrent et le malade ne se remit point. Il fallait admettre l'existence d'autres foyers purulents qu'on ne pouvait préciser et qui n'étaient point passibles d'opération. Les forces du malade s'en allèrent de jour en jour et la mort survint huit semaines après l'opération.

Autopsie faite par le D^r Zunker.

Entre le foie et le diaphragme il existe une petite cavité purulente périphérique presque guérie.

Le foie est en grande partie soudé avec le feuillet pariétal du péritoine. Dans la plèvre droite, quelques onces de sérosité sanguinolente. Base du poumon soudée au diaphragme — le reste du poumon sain — cœur normal.

Abdomen : Nombreuses adhérences des intestins surtout à gauche. Ici entre le duodénum et le côlon dans les plis du mésentère se trouve une collection purulente, une autre se développe au niveau du lobe droit du foie près de la vésicule biliaire. A ce niveau l'estomac est assez adhérent au foie. En détachant les adhérences en bas avec précaution on voit apparaître un orifice du diamètre d'une tête d'épingle dans la portion pylorique du duodénum et correspondant à un ulcère.

OBSERVATION XIV. — LEYDEN. *Loc. cit.*

Homme de 70 ans, d'aspect vigoureux pour son âge, avait éprouvé quelques douleurs dans l'abdomen peu de temps avant sa maladie. Le 18 décembre 1878 il glisse, tombe dans la rue. Deux jours après, pour la première fois, à la suite d'une indigestion il commence à souffrir de vives douleurs dans le ventre. On les attribue à une obstruction. Le ventre était fortement ballonné (huile de ricin, évacuation abondante), quelques jours après, nouvelle obstruction complète, nouvelle purgation, par l'huile de ricin, qui reste sans effet.

Le 27 décembre, vives coliques avec météorisme intense, point de vomissements, point de selles. Lavement sans effet. On admettait un obstacle mécanique au cours des matières et pourtant on ne constatait point cet obstacle (lavement glacé, opium). Au bout de quelques jours (3 janvier 1879), évacuation assez abondante avec gaz, diminution du météorisme. Les symptômes s'atténuent progressivement. Amélioration, mais toujours fièvre de moyenne intensité.

Au commencement de février le malade se plaint plus souvent de

frissons survenant l'après-midi ; au niveau des fesses et de la jambe droite apparition d'œdème.

Dans le flanc droit il y a une zone rénitente (foie ou épanchement). Le diagnostic d'un épanchement péritonéal est porté et est confirmé par l'existence d'évacuations purulentes.

L'œdème du côté droit disparut. La tumeur résistante diminua, l'état général était passable ; pourtant la fièvre à type rémittent persistait avec des frissons. L'examen suivant fit constater dans la partie inférieure du thorax droit une matité atteignant la partie moyenne de l'omoplate (avec respiration bronchique et râles crépitants), que je rapportais immédiatement à un pyopneumothorax sous-phrénique. Quelques jours plus tard je constatai en avant, à droite au-dessus du rebord du foie, point où manquait complètement la matité hépatique, un son plein, profond à la percussion qui allait jusqu'aux dernières côtes. En ce point, souffle amphorique. A la percussion et auscultation associées, phénomènes métalliques, la respiration jusqu'à la 5^e côte était normalement vésiculaire et s'arrêtait suivant une ligne nette, brusquement. La respiration s'entendait en inspiration forcée jusqu'à la 6^e côte. Latéralement, légère matité qui n'offrait pas de modifications évidentes dans le changement de position du malade. Il y avait aussi ici absence de respiration à partir de la 7^e côte et de temps en temps, souffle amphorique. Au-dessous du rebord droit des côtes, on peut sentir le bord du foie au niveau de la ligne ombilicale. Pas de déplacement du cœur.

Bien que les symptômes ne fussent pas aussi évidents que dans le cas précédent ils étaient pourtant sûrs et manifestes. Manifestement la cavité était plus petite, à tel point qu'il ne parut pas indiqué de pratiquer l'incision. Dans les derniers temps la cavité parut diminuer, les bruits amphoriques disparurent, la respiration en inspiration forcée se faisait entendre jusqu'au rebord des côtes. En même temps il y avait des frottements évidents entre le foie et le diaphragme. Persistance de la fièvre, disparition des forces. Nous cherchâmes à pénétrer dans la cavité purulente avec une seringue de Pravaz. Nous fîmes trois ponctions d'essai dans le côté droit dans la région de la matité en arrière, et nous retirâmes quelques gouttes

d'une sérosité sanguinolente, venant évidemment de la plèvre. 2 fois nous fîmes une ponction sur la paroi antérieure, une fois dans le 5^e espace, une fois dans le 6^e espace intercostal. Nous pensâmes avoir pénétré avec la canule dans une cavité, toutefois nous ne retirâmes ni pus ni gaz putride. D'après ces recherches nous rejetâmes toute intervention et l'issue fatale parut inévitable.

Le 24 mai le malade vomit avec accès de suffocation une grande quantité de pus crémeux, fétide, sanguinolent. Si jusqu'alors on pouvait hésiter dans le diagnostic, la perforation du poumon venait le confirmer. Dans la région malade on put constater un retrait du bord inférieur du foie, l'expectoration fétide continua. Le collapsus survint et le malade mourut le 8 avril après 15 semaines de maladie.

Autopsie faite par le Dr Zunker.

On trouve une cavité située entre le foie et le diaphragme de la dimension d'une tête d'enfant contenant du pus putride.

Dans la plèvre droite 3/4 de litre de sérosité sanguinolente. Poumon droit adhérent au diaphragme. De la cavité purulente on pénètre dans le poumon par une ouverture du diamètre d'un crayon dans le poumon et par un trajet fistuleux dans les bronches. Les parois pulmonaires de cette fistule ne sont pas seulement infiltrés de pus mais encore présentent 2 zones de gangrène de la grosseur d'un pois.

Dans l'abdomen, adhérence des intestins. Dans la vésicule biliaire, perforation comme la tête d'une épingle qui communique avec un foyer purulent situé en dehors d'elle. La perforation s'est visiblement produite de dehors en dedans. Le pus de l'abcès a dû se vider dans l'intestin par le canal cholédoque. L'estomac paraît extérieurement intact. Un examen plus soigneux révèle la présence d'un ulcère d'un diamètre de 50 pfennings, profond, situé vers la petite courbure de l'estomac. Point de perforation appréciable. Les plis du péritoine à ce niveau sont fortement adhérents.

Les symptômes et la marche sont tellement semblables à ceux du 1^{er} cas que je peux m'abstenir de toute remarque. Ici le diagnostic était plus difficile parce que la cavité

purulente était plus petite. Elle resta inaccessible à la ponction exploratrice.

L'exsudat pleural séro-sanguinolent s'était sans doute développé en raison de la contiguïté du foyer inflammatoire. Je pense que la perforation d'un ulcère de l'estomac peut être avec assez de certitude reconnue cause de l'affection — quoique cette ouverture n'ait plus été trouvée à l'autopsie. — Pendant les 15 semaines de la maladie rien n'était contraire à ce diagnostic. La perforation certainement rare de l'abcès voisin de la vésicule ne peut être considérée comme cause de l'irruption de l'air dans la cavité.

OBSERVATION XV. — LEYDEN, *Loc. cit.*

Ce cas fut recueilli par le médecin militaire Fritz.

Anna H., 32 ans, ouvrière, est reçue à l'hôpital le 19 mars dans un état de collapsus profond. Jamais, à son dire, elle n'aurait été sérieusement malade.

Il y a 14 jours la malade ressentit subitement pendant la nuit des douleurs dans le ventre avec gêne de la respiration et ballonnement de l'abdomen. La malade prit de l'huile de ricin, ce qui amena de la diarrhée avec colique, le ventre devint plus souple.

Point de vomissement, mais nausées continuelles. Pas d'appétit, bouche pâteuse.

La malade est atteinte de chlorose depuis l'âge de 15 ans et offre depuis ce temps des troubles d'estomac consistant en douleurs sourdes dans la région épigastrique et perte d'appétit. Jamais d'hématémèse, ni de vomissements.

État actuel. — 20 mai. T. matin 37° 7, pouls 110, respiration 24. T. soir 36°, pouls 148, respiration 32. Malade de petite stature, de constitution frêle, faiblement musclée, amaigrie, figure déprimée, pâle; nez, joues, lèvres décolorées, légèrement cyanosées, traits altérés, décubitus dorsal élevé, peau de couleur normale, sèche, point

d'ictère, léger œdème des extrémités; la malade se plaint du développement de son abdomen et de manque d'air, l'abdomen est ballonné, tendu, sensible à la pression, à la percussion, son tympanique, point d'exsudat apparent. Rien d'anormal au cœur ni aux poumons.

La matité du foie est à peine appréciable, toutefois la respiration s'entend jusque vers le bord inférieur des côtes.

21 mai. — Matin : T. 38°,3, pouls 160, respiration 48, l'état du malade ne s'est pas modifié sensiblement. Vers 11 heures elle commence à se plaindre de dyspnée, l'abattement s'est accru. Cyanose plus accentuée. Pouls 160, filiforme. Respiration 52.

A l'examen du thorax, la partie gauche dans laquelle la malade accuse une douleur contusive est amplifiée.

Cette partie du thorax est peu mobile et à l'auscultation bruits manifestement amphoriques.

Un examen plus soigné (autant que le permettait l'état déplorable de la malade) montra, que le son à la percussion en avant, à gauche surtout vers la partie inférieure, était très tympanique. La matité cardiaque déplacée à gauche était appréciable cependant encore à la partie inférieure du sternum et un peu à droite de ce point.

A l'auscultation, à gauche en avant jusqu'à la 3^e côte, murmure vésiculaire évident et normal. Au-dessous de la 3^e côte disparition de la respiration. En expiration on entend un tintement évident, amphorique. A l'auscultation et percussion combinées : bruits métalliques. En arrière, à gauche sur le thorax, matité légère ; le murmure vésiculaire s'entend jusqu'à la partie inférieure avec quelques râles discrets.

Mort à 6 heures du soir le même jour.

Autopsie par le D^r Jürgens :

A l'ouverture de l'abdomen, évacuation d'une grande quantité de gaz provenant sans aucun doute d'une cavité située au-dessus du lobe gauche du foie. Cette vaste cavité siège au-dessous de la voussure gauche du diaphragme limitée inférieurement par le colon transverse.

A gauche la cavité s'étend jusqu'au ligament suspenseur du foie

vers la gauche jusqu'aux fausses côtes gauches. Cette cavité est plus grosse que la tête d'un enfant et présente des parois résistantes. Les parties environnantes sont infiltrées de pus.

Une collection purulente communiquant vraisemblablement avec la cavité principale se trouve en avant au-dessus du côlon transverse. Elle est limitée par des adhérences et fermée par les organes voisins.

La cavité principale contient du pus putride et des gaz. Le diaphragme remonte jusqu'à la 3^e côte. Les parois de la cavité sont partout accolées, recouvertes d'une fausse membrane épaisse et fibreuse. La cavité communique inférieurement par deux perforations avec le côlon transverse près de son angle gauche. L'estomac est en partie recouvert par le côlon transverse. La petite cavité antérieure s'ouvre dans l'estomac par une perforation.

La surface interne de l'estomac présente au niveau de cette ouverture une assez grande perte de substance à bords taillés à pic. Évidemment il s'agit d'un ulcère perforant.

Poumon droit normal. Cœur un peu déplacé à droite. La plèvre gauche contient un litre d'exsudat liquide ; le poumon gauche adhérent par son lobe supérieur est comprimé à sa base, recouvert d'exsudats fibrineux et soudé au diaphragme. Ainsi l'exsudat purulent pleural siège en arrière et de côté.

Cet exsudat n'est pas putride et reconnaît une autre origine que celui de la grande cavité. Le diaphragme n'est pas perforé. A sa face inférieure on voit une ulcération superficielle qui n'intéresse pas toute son épaisseur mais qui répond à un point où le poumon est très adhérent. S'il s'était formé une perforation, il y aurait eu communication non avec la cavité pleurale mais avec le poumon.

OBSERVATION XVI (Résumée). — *Un cas de pyopneumothorax sous-phrénique.* — NEUSSER (*Wiener Med. Wochens.* 1884, n° 44).

Thérésia N... 37 ans, domestique.

Il y a neuf mois, la malade remarqua une tuméfaction douloureuse

de la région sus-ombilicale de l'abdomen ; elle éprouva des douleurs dans le dos et les reins, perte d'appétit.

Depuis quelques jours, un peu de toux, d'expectoration, dyspnée, abattement, la malade garde le lit.

État actuel. — Malade amaigrie, peau terreuse, yeux cernés, langue sèche, respiration exclusivement costo-supérieure, côté inférieur droit du thorax élargi, immobile pendant la respiration, espaces intercostaux à ce niveau, effacés et immobiles.

Percussion. — Matité à droite, étendue en avant de la 4^e côte au rebord costal. Matité à gauche, en haut et en arrière ; au-dessous, son clair jusqu'à la limite normale du poumon ; à droite, en haut et en arrière, son plein et profond, au-dessous de la partie moyenne de l'omoplate, matité, sonorité métallique dans la région latérale et inférieure droite du thorax.

Auscultation : à gauche, en arrière et en haut, inspiration forte presque bronchique, en bas respiration rude avec quelques râles secs — à droite, en haut et en arrière, inspiration normale, expiration bronchique. — Plus bas au niveau de l'angle de l'omoplate, timbre amphorique de la respiration. Clapotement prononcé par la succussion du thorax — abdomen très ballonné, tuméfaction épigastrique, dure, bosselée, immobile pendant la respiration, son tympanique profond dans le flanc droit à la place de la matité hépatique. — Expectoration peu abondante.

19 juin. — Mêmes phénomènes amphoriques à droite, haleine fétide, expectoration abondante, purulente, putride, râles humides aux deux sommets, extrémités froides, pouls petit.

Morte le 20 juin.

Il n'a point été fait de diagnostic précis.

Autopsie par le Dr Kundrat, le 21 juin. Un peu de sérosité dans la cavité péritonéale — fausses membranes fibrineuses et pus dans le petit bassin, péritoine injecté recouvert d'un mince exsudat. Entre le bord droit du foie et le diaphragme, cavité de la dimension d'une tête d'enfant contenant du pus gris verdâtre et des gaz ; parois recouvertes de fausses membranes épaisses purulentes — paroi thoracique voussurée par la collection, — moitié droite du diaphragme

très refoulé en haut avec deux perforations au sommet de la voussure ; l'une donne dans une cavité fétide creusée dans le parenchyme pulmonaire gangrené de la base droite. — Au-dessus de la seconde perforation le poumon est adhérent au diaphragme. La plèvre est infiltrée de pus ; l'estomac au niveau du pylore présente une infiltration dure, cancéreuse, avec large ulcération et petite perforation du diamètre d'une lentille. De ce point, un trajet en forme de fente conduit dans la cavité putride. Sommets pulmonaires sains.

OBSERVATION XVII. — GLAESER. (*Deuts. Med. Wochens.*, 1885, N° 11).

Femme 36 ans, entrée à l'hôpital le 5 octobre 1884.

Tomba subitement malade le 27 septembre 1884, avec douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, qui la forcèrent à tenir le lit.

Elle déclare avoir antérieurement souffert de l'estomac ; — quelques jours avant d'être malade, selles paresseuses ; — le soir où elle tomba malade, vomissements.

Pâle, maigre, elle eut une fièvre intense irrégulièrement rémittente qui dura pendant toute la maladie et s'accompagnait de frissons. Pouls et respiration très fréquente. A la base droite du thorax, en avant et en arrière, matité de la largeur de plusieurs doigts avec frottements. Une ponction en ce point donne un résultat négatif.

Mouvements respiratoires des deux côtés superficiels et manifestes seulement à la partie supérieure du thorax.

A la base gauche, en avant et en arrière on trouve des signes de pneumothorax dans un espace qui est limité en haut par une ligne à convexité supérieure partant à droite de la 8^e côte sur la ligne mamillaire s'élevant à la hauteur de la 3^e côte, croisant le sternum, gagnant la 5^e côte sur la ligne mamillaire gauche, et de ce point croisant le côté et atteignant l'angle de l'omoplate puis les dernières vertèbres dorsales. Son clair plein et légèrement tympanique à la percussion ordinaire, son métallique à la percussion plessimétrique. Succussion hippocratique, tintement métallique, respiration et râles à timbre métallique.

Inférieurement cette espace est limité par une ligne horizontale passant par l'extrémité antérieure des fausses côtes.

Dans le côté droit de l'abdomen, on peut palper et apprécier à la percussion, en dehors de la ligne mamillaire, le foie abaissé. Le lobe gauche ne peut être perçu. A la limite inférieure des phénomènes métalliques, sur la paroi abdominale antérieure se trouve une zone de la largeur de la main présentant la sonorité habituelle de l'estomac. Le cœur paraît déplacé en haut et à gauche (limite supérieure 3^e côte, choc 4^e espace en dehors de la ligne mamillaire).

Dans le côté gauche du thorax en arrière on note immédiatement au-dessous des phénomènes métalliques, l'absence de sonorité avec respiration bronchique et râles bronchiques.

Diarrhée avec selles faiblement colorées, vomissements de temps en temps. Albumine dans les urines avec cellules épithéliales du rein et globules sanguins, point de cylindres.

Le diagnostic au premier abord parût être un épanchement pleural droit avec pneumothorax gauche. Plus tard ce diagnostic dû être modifié après avoir pris en considération un point de diagnostic différentiel important : la situation du cœur. Le pneumothorax détermine nécessairement, en raison de la pression gazeuse à la surface du diaphragme un abaissement de ce dernier et un déplacement consécutif du cœur, à moins que celui-ci ne se trouve fixé en haut par des lésions cirrhotiques du lobe supérieur du poumon. Dans notre cas, il n'y avait donc pas lieu d'admettre cette hypothèse. Si une partie du diaphragme avait été retenue en haut avec le cœur, tandis que l'autre sous l'action des gaz avait été abaissée, on aurait mal compris qu'une ligne horizontale limitât inférieurement la zone des phénomènes métalliques siégeant au-dessous du diaphragme et non au-dessus. L'existence d'une ligne convexe limitant l'espace sonore, ainsi que la limitation à droite de cet espace qui correspondait à peu près au ligament suspenseur du foie, joints à ce fait que le lobe gauche du foie n'était pas appréciable (la pression l'ayant éloigné de la paroi abdominale) toutes ces circonstances s'accordent pour faire admettre le diagnostic précédent.

Je pensai tout d'abord que l'origine de l'affection était (par suite

de renseignements primitivement erronés fournis par la malade) une inflammation de la base du poumon avec ramollissement et ulcération du diaphragme.

Les commémoratifs ultérieurs me firent penser à une perforation stomaco-intestinale.

La malade présenta pendant quelque temps les symptômes déjà indiqués : douleurs, vomissements, diarrhée persistante malgré l'administration d'opium. Sueurs profuses. Une ponction exploratrice ne donne aucun résultat.

La malade désirant s'asseoir, on essaie de la mettre dans cette position. Elle meurt subitement à ce moment.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, point d'exsudat. Lobe droit du foie abaissé et soudé à la paroi abdominale, quelque peu en rotation sur son axe horizontal, de telle façon que la surface antérieure du lobe gauche qui recouvre l'estomac regardait en haut et par suite s'éloignait de la paroi antérieure. Entre la face supérieure du foie et le diaphragme refoulé jusqu'au 3^e espace intercostal, se trouvait des deux côtés séparés par le ligament suspenseur du foie, à droite une grosse collection purulente, à gauche une collection gazeuse, putride. La limite inférieure de cette dernière, était formée avec le lobe gauche du foie par la paroi antérieure de l'estomac, le mésocôlon transverse et le colon transverse adhérent à la paroi. La cause était un ulcère rond du diamètre d'un « groschen » situé au niveau de la petite courbure.

Le diaphragme de chaque côté à son point le plus culminant était ramolli et aminci dans un espace d'un pouce carré immédiatement au-devant de la perforation. Le côlon transverse était extrêmement dilaté.

Le foie sur sa convexité et de chaque côté montre des points de nécrose infiltrés de pus et assez profonds. L'estomac en dehors de l'ulcère est sain. Rien de particulier à l'intestin. Reins gros, pâles. Dans le thorax on voit le diaphragme très proéminent. Plèvre droite vide, poumon droit comprimé, du reste sain, présentant sur sa partie antérieure et inférieure une zone purulente de la grandeur de 4 thaler.

Dans la plèvre gauche, il y a environ 100 grammes de sérosité ci-

trine. Lobe pulmonaire inférieur gauche comprimé. Le cœur est à la place indiquée par l'examen clinique c'est-à-dire déplacé en haut et à gauche.

OBSERVATION XVIII (Résumée). — *Cas de pneumothorax sous-phé-
nique*, par le Dr LUIGI BOSSI. (*Gazetta medica italo Lomb.* 1886,
n° 47).

Riboldi F... âgé de 50 ans, journalier.

Aurait craché du sang à plusieurs reprises, ne sachant spécifier si ce sang venait des bronches ou de l'appareil digestif. Il rapportait le début de sa maladie à 4 mois. Elle aurait débuté par des douleurs dans le ventre et à la base droite de la poitrine.

État actuel. — Le malade est dans le décubitus dorsal, légèrement incliné sur le côté droit. Amaigrissement, peau jaune brunâtre, plissée, yeux cernés, joues amaigries, langue saburrale, anorexie. Thorax asymétrique ; le côté droit était plus développé que le côté gauche. Espaces intercostaux plus larges et moins profonds à droite qu'à gauche. Le côté droit du thorax ne prend aucune part à la respiration et l'ascension respiratoire se fait exclusivement à gauche selon le type costal supérieur.

Choc cardiaque non visible mais facilement perceptible au toucher dans le 5^e espace à peine en dehors de la ligne mamillaire gauche.

Les vibrations thoraciques, normales à gauche, sont abolies à droite à partir de la 3^e côte.

La percussion donne à gauche et en avant une résonnance claire jusqu'à la 3^e côte, à droite, au contraire, la résonnance au-dessus de la clavicule n'est pas claire. Submatité dans la fosse sous-scapulaire. Son clair et légèrement tympanique dans le tiers externe de la région sous-claviculaire et aux deux tiers externes du 2^e espace intercostal.

Tympanisme exagéré du bord supérieur de la 3^e côte à la 7^e, puis légère submatité jusqu'à un travers de doigt au-dessous de la dernière côte.

De ce point, vers la symphyse pubienne, toujours sur le prolongement de la ligne mamillaire droite, 4 centimètres de complète matité et finalement dans la zone sous-jacente, tympanisme intestinal normal. Le tympanisme s'étend à gauche jusqu'à la ligne para-sternale correspondante. Sur la ligne axillaire antérieure droite, la résonance hypertympanique se maintient jusqu'au bord supérieur de la 8^e côte.

L'*auscultation* révèle en avant et à gauche quelques râles sibilants et un murmure vésiculaire plutôt rude. Dans la fosse sous-claviculaire droite, respiration rude. A partir de la 1^{re} côte, silence.

Succussion hippocratique.

Déplacement du cœur, ses bruits sont faibles. L'abdomen est tuméfié, surtout dans les régions supérieures qui donnent un tympanisme exagéré. Le côté droit de l'épigastre est plus volumineux. La palpation et la pression du ventre sont douloureuses.

Pouls : 100, petit, régulier.

Une ponction pratiquée le long de la ligne hémi-scapulaire dans le 8^e espace droit fut sans résultat.

Une 2^e ponction pratiquée encore dans le 8^e espace entre les lignes axillaires postérieure et moyenne donna issue à deux litres de pus fétide. Le liquide extrait était trouble, opaque, d'odeur fécaloïde, assez riche en albumine.

Mort.

Autopsie. — Collection sous-phrénique limitée en haut par le diaphragme refoulé jusqu'au 2^e espace intercostal, par le ligament suspenseur du foie très allongé et en bas et en arrière par la surface convexe du foie, en avant par le diaphragme adossé à la paroi thoracique, par cette paroi et par la paroi abdominale.

Un diverticule s'étend en bas jusqu'à la fosse iliaque droite à peu près. Aucune perforation du diaphragme. Aucune communication avec le canal gastro-entérique.

Petite ulcération ronde d'un centimètre de diamètre sur la petite courbure de l'estomac, intéressant la muqueuse et la couche sous-muqueuse.

Aucune perforation, aucune adhérence stomacale.

Pleurite déformante et pneumonie interstitielle des deux sommets.

Cœur dévié à gauche. Adhérences pleuro-péricardiques.

OBSERVATION XIX. — PUSINELLI. (*Berlin-Clin. Wochens.*, 1887, p. 362).

Ouvrier de chemin de fer, 33 ans, fut admis dans la maison de santé de la ville le 21 mars 1884, 6 semaines après être tombé d'une échelle de 1 m. 50 de haut, le bas-ventre sur le sol.

Il se releva seul, se sentit un peu étourdi; mais put rentrer seul chez lui, et vaqua encore 2 jours à son travail quoiqu'il éprouvât des douleurs assez fortes qui s'étaient déclarées peu de temps après la chute.

Puis il lui fallut prendre le lit, les douleurs de ventre étant devenues plus fortes, et se faisant sentir surtout après chaque repas. Cet état s'aggrava de plus en plus; une semaine après la chute, se produisirent après chaque essai d'alimentation, des vomissements sans traces de sang.

Plusieurs fois cependant le patient fut frappé de la couleur noire foncée de ses selles.

Après quelques jours de douleurs lancinantes sous le bord des côtes, le malade remarque un gonflement de la région abdominale droite, d'abord peu marqué mais augmentant bientôt de plus en plus. Depuis l'apparition de ce phénomène, l'alimentation devint toujours de plus en plus difficile, car après chaque tentative survenaient des nausées. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Homme grand, amaigri, à peau jaune.

Facies péritonitique.

Pouls, très petit 108, temp. 38, 4, respiration dyspnéique, 80 par minute. Langue sale. Le thorax bien développé présente à droite une certaine voussure vers le bas. Ce côté reste parfois complètement immobile pendant la respiration.

Les phénomènes physiques sont à gauche normaux. A droite, vers la pointe du sternum à la percussion le son pulmonaire est

plein; à la 3^e côte commence un son tympanique sourd, qui se continue vers le bas, dépasse le rebord inférieur des fausses côtes, et va jusqu'à 2 cent. de l'ombilic. Ce tympanisme dépasse le sternum au niveau du 3^e cartilage costal, et va à gauche jusqu'au bord gauche du sternum.

La matité cardiaque est un peu reportée à gauche.

Dans le dos, à droite, ton pulmonaire normal. A partir de la 6^e côte, sonorité tympanique dont les limites inférieures sont peu faciles à déterminer.

Le bruit respiratoire est partout normal à gauche; à droite, au-dessus de la région décrite comme présentant du tympanisme, il y a devant et derrière du bruit amphorique très doux et du tintement métallique, un peu de succussion hippocratique. Le frémissement vibratoire est augmenté.

Un fait remarquable c'était le passage brusque sans interruption du murmure vésiculaire respiratoire au bruit amphorique.

Les phénomènes respiratoires ne présentent rien de particulier dans l'inspiration profonde.

Abdomen. — Sous l'hypochondre droit commence un gonflement fortement proéminent qui va en s'effaçant à gauche jusqu'à la ligne mammaire gauche.

La palpation est molle, élastique, mais très douloureuse. Au-dessous de l'ombilic, aux limites inférieures de ce gonflement on sent le foie, dont le bord inférieur est fortement proéminent, et qui se perd en haut dans la profondeur.

On ne peut apprécier les limites de l'estomac : la rate n'est pas augmentée de volume : le reste du corps n'est pas tuméfié, et est presque indolore.

L'estomac reçoit facilement un litre de liquide, sans qu'il en résulte aucune modification appréciable du tympanisme de la tumeur.

Les jours suivants, l'état du malade s'aggrave très notablement : collapsus, forts vomissements à chaque essai d'alimentation, cependant sans traces de sang, température fébrile intermittente, nombre de pulsations toujours augmentant, et pouls devenant petit.

Le 3^e jour après l'entrée du malade, on produit par pression sur

Le côté gauche de la tumeur un bruissement clair comme lorsque de l'air passe d'une cavité dans une autre à travers une étroite ouverture : cependant on ne remarque pas d'amoindrissement dans la tumeur. Il existe une forte toux sans expectoration. — Le 5^e jour, vomissement spontané de matières gris-brunâtres, qui au microscope ne donnent aucun élément pulmonaire, mais des restes d'aliments, des balles de sarcine, des cristaux de graisse, et de nombreuses gouttes de graisse. Le 10^e jour après l'entrée à l'hôpital, la mort survint par épuisement.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale droite, le diaphragme est refoulé jusqu'à la hauteur de la 9^e côte et adhérent à la plèvre pariétale ainsi qu'à la base du poumon. Au niveau des adhérences pleurales : fausses membranes fibrineuses jaunâtres assez abondantes. Le poumon droit présente à la partie postéro-inférieure du lobe supérieur, une région œdématiée à son pourtour, infiltrée, gris jaunâtre, de la grosseur d'une pomme. A gauche en bas aussi dans le lobe supérieur, un épaississement récent.

On trouve entre la capsule du foie et le diaphragme une cavité pleine d'air s'étendant par suite du refoulement du diaphragme, en avant jusqu'à la 2^e et parfois jusqu'à la 4^e côte et à gauche jusqu'au bord gauche du sternum. La paroi interne de ce sac c'est-à-dire la face abdominale du diaphragme, la capsule du foie dont le bord était adhérent à la face inférieure du muscle, le ligament suspenseur étaient couverts de masses jaune-verdâtres et de débris alimentaires. Au bord inférieur et interne du sac à 2 centimètres environ de l'extrémité inférieure du ligament suspenseur s'étendant en haut jusqu'au bord inférieur du lobe droit du foie et tout près de la vésicule biliaire, se trouve une fente parallèle au bord du foie de 5 centimètres, de longueur d'un 1/2 à 1 centimètre de large. Cette fente conduit en bas dans une cavité de la grosseur d'une pomme, et qui communique en avant avec le duodénum par une ouverture béante large de presque 6 centimètres et aussi avec un point situé à la hauteur du pylore. Vue du duodénum, cette ouverture présente un bord arrondi, plat, légèrement œdématié mais nullement induré. Les bords sont taillés à pic. Au pourtour

se trouvent d'assez solides adhérences entre le duodénum et la face postérieure du foie. Cependant on peut les détacher assez facilement.

OBSERVATION XX (Résumée). — *Pyopneumothorax sous-diaphragmatique*, par le Dr GRAZIADEI. (*Osservatore Gazzetta medicadi Touno*. Fascicule 7, 1887, p. 148).

Femme Pauline V..., 24 ans, ayant accouché un mois auparavant, ayant paru présenter quelques phénomènes d'infection.

Entre à l'hôpital au commencement de mars avec inappétence, constipation, fièvre, frissons et douleurs dans le ventre. Femme maigre, anémique, couchée dans le décubitus dorsal, œdème des membres inférieurs.

Rien au cœur ni aux poumons. R. 40. P. 120. T. R. 39,4.

Ventre gonflé, ballonné, tendu, saillant à l'épigastre, douloureux inférieurement. Au toucher vaginal on sent le segment inférieur de l'utérus gros se continuant avec une tumeur paraissant occuper la plus grande partie du petit bassin.

Huit jours après le météorisme a augmenté. Fluctuation obscure dans les parties déclives de l'abdomen. Toux sèche. Quelques vomissements. Fièvre. L'œdème des membres a augmenté.

La *percussion* dénote de la submatité à la base gauche du thorax. Par une ponction exploratrice on retire 500 grammes d'exsudat pleurétique. Quelques jours après on observe que les battements du cœur se perçoivent du côté droit. Le thorax gauche, presque immobile dans les mouvements respiratoires, présentait une certaine rétraction inspiratoire à la partie inférieure et donnait un son tympanique jusqu'à la 4^e côte ; son tympanique qui se continuait sur tout l'abdomen, du même côté ; la respiration vésiculaire faible disparaissait peu à peu vers le bas. Une ponction exploratrice est sans résultat à ce niveau. On y entend des bruits à timbre métallique. Ventre toujours ballonné, la tumeur abdominale persiste. Par une ponction, à la partie supérieure gauche du ventre on retire 400 grammes de liquide fétide et de gaz à odeur gangréneuse insupportable. Vomissements et fièvre continuent.

13 avril. — Double laparotomie (dans chaque fosse iliaque) par le professeur Novaro. Il sort une grande quantité de liquide ichoreux fétide, de couleur café.

Après l'opération les signes de pneumothorax gauche persistent.

Autopsie. — Thromboses multiples.

Liquide brun dans le péritoine, grand épiploon réduit en bouillie noirâtre. Anses intestinales, adhérentes recouvertes de dépôts fibrineux. La masse intestinale limite par ses adhérences un espace irrégulier anfractueux, sous-ombilical rempli du liquide précédent.

Le foie atteint de dégénérescence graisseuse, a basculé autour d'un axe antéro-postérieur de telle sorte que son lobe gauche est repoussé en haut j'usqu'à la 1^{re} côte gauche en adhérant au dôme diaphragmatique tandis que le droit est repoussé en bas jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Pas de perforation diaphragmatique, poumon gauche refoulé et complètement atelectasié. Des exsudats fibrineux tapissent le péritoine et la plèvre diaphragmatiques. Le péricarde est situé presque en totalité à droite de la ligne médiane.

Aucune perforation de l'estomac.

L'estomac très volumineux est situé en totalité dans la cavité thoracique gauche. Le colon transverse très distendu est situé comme l'estomac dans cette cavité.

On peut dire que le thorax gauche est devenu un diverticulum de la cavité abdominale.

Il s'agissait donc ici d'une para et péri-mérite septiques et de péritonite généralisée avec développement de gaz fétides.

OBSERVATION XXI. — FALKENHAIN cité par SCHEURLÉN. (*In Charité Annalen* 1889, p. 159.

H. v. W. employé, 28 ans, grand, bien musclé, d'un certain embonpoint est amené le 18 mai 1885 à la clinique avec l'aspect d'un homme gravement malade.

Ecchymoses sous-cutanées multiples.

A l'entrée. T. 39°2. P. 130. R. 40.

Cyanose. Fortes douleurs dans les reins et dans la moitié gauche de la poitrine lorsqu'il fait des inspirations profondes et des mouvements de déglutition. Pas d'œdème.

Le thorax est élargi dans sa moitié inférieure gauche et reste immobile pendant la respiration.

L'examen est très difficile et pénible, il ne peut être fait en arrière que d'une manière défectueuse, dans le décubitus latéral.

Toux légère. En avant, à droite et en arrière, état normal. A gauche et en arrière un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate commence une matité qui augmente en descendant et se prolonge en avant. L'espace semi-lunaire de Traube est mat. Les limites supérieures de la matité se trouvent environ au niveau du 4^e espace intercostal.

Frémissement pectoral. Augmentation du bruit respiratoire.

Cœur un peu déplacé vers la droite.

Le foie dépasse un peu le rebord costal, il est peu sensible à la pression.

Abdomen légèrement distendu, légère douleur dans l'hypochondre gauche. Pas de douleur ailleurs.

Le malade était buveur, souffrait depuis longtemps de troubles gastriques et de vomissements à jeun le matin. Ces troubles avaient augmenté pendant les dernières semaines. Il avait toussé et avait eu de la fièvre et un frisson deux jours auparavant.

La ponction exploratrice pratiquée dans le 9^e espace intercostal sur la ligne axillaire donne un liquide fétide et putride. On retire par la ponction environ 800 grammes de ce liquide.

Le mode de sortie du liquide variait suivant le mouvement respiratoire.

Pendant l'inspiration, l'écoulement se ralentissait et augmentait pendant l'expiration.

Après la ponction le malade se sentit soulagé. Une amélioration locale parut aussi survenir et en particulier la dyspnée diminua.

Le 19 mai. Thoracentèse par le D^r Milehor (assistant de la clinique chirurgicale).

Après une nouvelle ponction exploratrice ; résection de la 8^e côte,

incision de la plèvre qui se montra dépourvue de tout exsudat. Obturation la plus complète possible de la plaie pleurale par introduction d'un tampon iodoformé. Résection de la 9^e côte. Incision du diaphragme qui apparaît à la plaie. Ouverture de l'abcès sous-diaphragmatique. Drainage. Pansement. L'opération laissa le malade dans un bon état général. Pas de collapsus pendant quelques heures, après cet état se maintient. Le malade mourut vers le soir.

Autopsie le 24 mai.

A 1 cent. en arrière de la valvule pylorique se trouvait un ulcère duodénal perforé qui communiquait avec la cavité située derrière l'estomac, avait produit un abcès fétide qui avait déterminé des adhérences dans la cavité péritonéale entre le foie, l'estomac, la rate et le colon transverse. Dans l'abdomen, petite quantité d'un liquide sanguinolent entre les anses de l'intestin grêle, peu altérées d'ailleurs. Dans la cavité de Douglas, environ 100 grammes de liquide. La plèvre gauche est couverte d'une mince couche fibrino-purulente. Entre le péricarde et la face interne du poumon, se trouve une petite collection séro-purulente limitée intra-pleurale.

Poumon gauche présentait de l'atélectasie par compression.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :
Le Président de la thèse,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier. 30, passage Verdeau, Paris.
